PROVE DEGLI ANNI PASSATI

TEST SSM 2023

A B D E

SVOLTA CON SOLUZIONI COMMENTATE

Il perché di ogni risposta

ALLENATI SULL'APP TESTBUDDY

TESTBUDDY.IT

COSA TROVI IN QUESTO DOCUMENTO

Testo della prova SSM 2023 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	136 quesiti
Totale	**136 quesiti**

In questa versione ci sono **136 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 ragazzo di 28 anni con stenosi valvolare aortica severa viene avviato alla sostituzione valvolare aortica in ministernotomia. L'intervento viene eseguito con un'incisione:**

A Medio-ascellare dx al V spazio intercostale

B Medio-ascellare sx al V spazio intercostale

C **Del tratto craniale dello sterno a forma di J, al III o IV spazio intercostale dx**

D Trasversale del tratto caudale dello sterno

E Del tratto caudale dello sterno a forma di T

Risposta giusta: C

La **ministernotomia** per la sostituzione valvolare aortica richiede un accesso limitato al **tratto craniale** dello sterno. L'incisione prosegue a forma di J fino al terzo o quarto spazio intercostale destro. Questa traiettoria garantisce una corretta esposizione anatomica con minore invasività rispetto alla apertura completa dello sterno.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Medio-ascellare dx al V spazio intercostale**: Incisione laterale destra che esula dalla tecnica di ministernotomia e non fornisce il canale diretto richiesto per la sostituzione valvolare.
- **B) Medio-ascellare sx al V spazio intercostale**: Approccio laterale sinistro tipico di altre procedure toraciche, non utilizza la resezione sternale parziale necessaria per esporre la valvola aortica.
- **D) Trasversale del tratto caudale dello sterno**: La sezione trasversale bassa non consente la visualizzazione adeguata della valvola aortica e non rispecchia i protocolli chirurgici standard per questo intervento.
- **E) Del tratto caudale dello sterno a forma di T**: La configurazione a T sul segmento caudale viene impiegata in procedure diverse e non facilita la mobilizzazione dei tessuti necessari per la manipolazione valvolare.

2 **Lo pneumotorace NON è in genere associato a:**

A Trauma toracico trafittivo
B Rottura di blebs subpleuriche polmonari
C Manovra invasive di diagnostica pleuropolmonare
D Lacerazione esofagea non iatrogena
E Rottura di bolle enfisematose polmonari

Risposta giusta: D

Lo pneumotorace consiste nell'accumulo di aria nello **spazio pleurico**, frequente quindi in presenza di traumi, procedure invasive o rotture di strutture polmonari. Una **lacerazione esofagea** non rientra nelle cause abituali, poiché il contenuto fuoriesce tipicamente nel tessuto mediano provocando **pneumomediastino**.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Trauma toracico trafittivo**: un evento trafittivo penetra la gabbia toracica creando una comunicazione fisica con l'esterno o con gli alveoli, causando immediatamente il collasso pleurico da accumulo di gas.
- **B) Rottura di blebs subpleuriche polmonari**: i blebs subpleurici sono responsabili dello pneumotorace spontaneo primario e, una volta violati, instaurano una fuga diretta d'aria dal polmone alla pleura.
- **C) Manovra invasive di diagnostica pleuropolmonare**: manovre invasive come toracentesi o biopsie possono perforare accidentalmente la pleura, consentendo il passaggio di aria nello spazio pleurico.
- **E) Rottura di bolle enfisematose polmonari**: le bolle enfisematose hanno parete assottigliata e fragile; la loro rottura permette alla pressione alveolare di espellere aria direttamente nella cavità pleurica.

3 **Un paziente di 30 anni con sindrome di Marfan giunge in ospedale con una dissezione aortica di tipo B. Quando è indicato l'intervento chirurgico?**

A Se il vero lume è più grande del falso lume
B Se l'aorta misura tra 30 e 35 mm di diametro
C Se il falso lume è trombizzato
D Se tutti i vasi viscerali nascono dal vero lume
E Se sono presenti segni clinici e radiologici di malperfusione e/o rottura imminente

Risposta giusta: E

Nella dissezione aortica di tipo B non si interviene automaticamente. L'operazione è indicata solo quando si manifestano **complicanze**, ovvero **malperfusione** viscerale o arteriosa e segni di **rottura imminente**. Tale criterio clinico resta determinante anche nei pazienti con sindrome di Marfan.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Se il vero lume è più grande del falso lume**: La dimensione relativa tra i due lumi non determina l'indicazione operatoria. È utile per la restituzione anatomica ma isolata non giustifica un intervento.
- **B) Se l'aorta misura tra 30 e 35 mm di diametro**: Un diametro aortico compreso tra 30 e 35 mm non è soglia di intervento nella fase acuta. I parametri morfologici valutano il follow-up cronico o le patologie aneurismatiche elettive.
- **C) Se il falso lume è trombizzato**: La trombosi del falso lume non costituisce un requisito chirurgico. In molti contesti rappresenta un evento favorevole poiché riduce il flusso ematico anomalo nella sezione dissecta.
- **D) Se tutti i vasi viscerali nascono dal vero lume**: L'origine dei vasi viscerali dal vero lume non orienta verso la chirurgia. È al contrario un reperto prognosticamente positivo che minimizza il rischio di ischemia d'organo.

4 **Quali sono le arterie che nascono dall'arco dell'aorta in assenza di varianti anatomiche?**

A Tronco anonimo, carotide dx, vertebrale sx e succlavia dx

B Succlavia dx, carotide sx e carotide dx

C **Tronco anonimo, carotide sx e succlavia sx**

D Vertebrale dx, carotide dx e succlavia sx

E Tronco anonimo, carotide dx e succlavia sx

Risposta giusta: C

In condizioni anatomiche normali l'arco dell'aorta eroga tre rami principali direttamente. Il primo è il **tronco brachiocefalico** che si divide nella carotide destra e succlavia destra. Seguono in successione la **carotide comune sinistra** e la **succlavia sinistra**. Questa disposizione classica corrisponde esattamente alla sequenza indicata nell'opzione C.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Tronco anonimo, carotide dx, vertebrale sx e succlavia dx**: La carotide destra non nasce direttamente dall'arco ma origina come ramo terminale del tronco brachiocefalico. Inoltre la vertebrale sinistra non è un ramo tipico diretto dell'arco aortico.
- **B) Succlavia dx, carotide sx e carotide dx**: La succlavia destra non origina direttamente dall'arco aortico nella norma. Nella descrizione manca il tronco brachiocefalico che funge da primo ramo collettivo.
- **D) Vertebrale dx, carotide dx e succlavia sx**: La vertebrale destra non nasce normalmente dall'arco aortico. Anche la carotide destra non costituisce un ramo diretto dell'arco ma discende dal decorso del tronco brachiocefalico.
- **E) Tronco anonimo, carotide dx e succlavia sx**: L'elenco omette completamente la carotide comune sinistra. Tale arteria rappresenta invece uno dei tre rami fondamentali che fuoriescono direttamente dall'arco.

5 **Giunge in ambulatorio un paziente con diagnosi di acromegalia. Quale delle seguenti condizioni è atipica nel paziente acromegalico?**

A Ipertensione
B Sindrome da intrappolamento del nervo mediano al polso
C Sindrome da intrappolamento del nervo ulnare
D **Ipoglicemia**
E Iperprolattinemia

Risposta giusta: D

Nell'acromegalia l'**eccesso di GH** e di IGF-1 determina un'**azione controinsulinica** marcata che riduce la captazione glucidica periferica. Questo meccanismo spinge la glicemia verso valori normali alti o favorisce l'instaurarsi di diabete. Per questo l'**ipoglicemia** è la condizione atipica.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Ipertensione**: L'**ipertensione** è un referto frequente legato alla ritenzione idrosalina indotta dagli ormoni, all'ipertrofia miocardica e alle alterazioni della reattività vascolare.
- **B) Sindrome da intrappolamento del nervo mediano al polso**: L'**ispessimento dei tessuti molli** e delle guaine sinoviali riduce il volume del canale carpale, comprimendo classicamente il nervo mediano al polso.
- **C) Sindrome da intrappolamento del nervo ulnare**: Le modificazioni osteo-cartilaginee e l'aumento di volume dei compartimenti fascio-muscolari predisppongono facilmente a neuropatie da intrappolamento periferico, inclusa quella del nervo ulnare.
- **E) Iperprolattinemia**: I valori di prolattina possono risultare elevati per co-secrezione diretta da parte dell'adenoma ipofisario oppure per **effetto peduncolare**, dove la compressione riduce il tono dopaminergico inibitorio ipotalamico.

6 **Giunge all'osservazione un paziente di 49 anni con emangioblastoma cerebellare. In anamnesi, il paziente ha storia di feocromocitoma, cisti pancreatica e carcinoma a cellule renali. Quale tra le seguenti è la diagnosi più probabile?**

A Complesso della sclerosi tuberosa

B **Sindrome di Von Hippel-Lindau**

C MEN1

D Neurofibromatosi Tipo 1

E MEN2

Risposta giusta: B

Il quadro clinico associa **emangioblastoma**, **feocromocitoma**, cisti pancreatiche e carcinoma renale. Questo insieme di reperti rappresenta il pattern classico della sindrome di Von Hippel-Lindau. Si tratta di una malattia genetica che predispone alla formazione di neoplasie e cisti in più organi. La coerenza dei dati anamnestici con queste manifestazioni conferma la diagnosi.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Complesso della sclerosi tuberosa**: La sclerosi tuberosa presenta tipicamente angiomiolipomi renali, amartomi corticali e crisi epilettiche. Sono inoltre comuni le lesioni cutanee specifiche. Manca completamente la combinazione di masse cerebrali posteriori e patologie renali ed endocrine osservata nel paziente.
- **C) MEN1**: La MEN1 è associata a tumori delle paratiroidi, del pancreas endocrino e dell'ipofisi. Il feocromocitoma e soprattutto l'emangioblastoma cerebellare non fanno parte del quadro fenotipico di questa sindrome.
- **D) Neurofibromatosi Tipo 1**: La neurofibromatosi tipo 1 può occasionalmente associarsi a feocromocitoma e a tumori del sistema nervoso. Il reperto chiave dell'emangioblastoma cerebellare unito al carcinoma renale orienta molto più nettamente verso la sindrome di Von Hippel-Lindau.
- **E) MEN2**: La MEN2 si caratterizza principalmente per il carcinoma midollare della tiroide e il feocromocitoma. Nella variante 2A compare spesso anche l'iperparatiroidismo. Nessuna di queste condizioni giustifica la comparsa dell'emangioblastoma cerebellare o del carcinoma renale a cellule chiare.

7 **Una donna di 45 anni miope si reca al Pronto Soccorso lamentando visione offuscata in un occhio, fotopsie (flash luminosi) e miodesopsie (mosche e ragnatele) con la comparsa di un'ombra in una zona del campo visivo che si estende progressivamente. Quale tra le seguenti è la diagnosi più probabile?**

A Glaucoma
B Neurite ottica acuta
C **Distacco di retina**
D Congiuntivite batterica
E Degenerazione maculare senile

Risposta giusta: C

La paziente presenta i sintomi classici di un distacco di retina: la miopia è un importante fattore di rischio che favorisce la trazione vitreale, seguita dalla comparsa di fotopsie e miodesopsie. La successiva apparizione di un'ombra progressiva nel campo visivo indica il sollevamento della retina, evento che costituisce un'urgenza oftalmologica per prevenire danni permanenti alla vista.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Glaucoma**: Il glaucoma acuto provoca dolore oculare marcato, arrossamento dell'occhio, visione offuscata e aloi attorno alle luci. Non caratterizza il quadro con lampi luminosi, corpi mobili vitreali e perdita di campo visivo laterale.
- **B) Neurite ottica acuta**: La neurite ottica acuta causa principalmente riduzione della visione centrale e dolore accentuato durante i movimenti oculari. Manca la tipica sintomatologia di fotopsie, miodesopsie e ombra periferica in rapida evoluzione.
- **D) Congiuntivite batterica**: La congiuntivite batterica si manifesta con iperemia, secrezioni purulente e fastidio oculare superficiale. Non genera alterazioni del campo visivo né sintomi come flash luminosi o presenza di mosche volanti.
- **E) Degenerazione maculare senile**: La degenerazione maculare senile coinvolge prevalentemente pazienti anziani determinando distorsione e decremento della visione centrale. Non giustifica i segnali di trazione retinica né l'avanzamento progressivo dell'ombra nel campo visivo laterale.

8 **Il glaucoma è:**

A Una neoplasia del nervo ottico

B Una otticopatia progressiva

C Una degenerazione retinica

D Una neoplasia oculare benigna

E Una neoplasia oculare maligna

Risposta giusta: B

Il glaucoma è definito come un'otticopatia progressiva caratterizzata dal danno accelerato delle fibre del nervo óttico. Questa condizione provoca una perdita graduale delle capacità visive ed è frequentemente legata a un aumento della pressione intraoculare, pur non dipendendo sempre esclusivamente da questo fattore. La classificazione clinica evidenzia quindi la natura neuropática e evolutiva della patologia.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Una neoplasia del nervo ottico**: Il glaucoma non è una neoplasia del nervo óttico perché mancano i meccanismi di proliferazione tumorale tipici dei cancri.
- **C) Una degenerazione retinica**: La degenerazione retinica non costituisce il processo primario, poiché il danno originario colpisce le fibre nervose óptiche con coinvolgimento indiretto della retina.
- **D) Una neoplasia oculare benigna**: La risposta risulta sbagliata per identico motivo, dato che il quadro clinico non deriva da una crescita benigna ma da un deterioramento strutturale delle fibre nervose óptiche.
- **E) Una neoplasia oculare maligna**: L'affermazione è errata in quanto la malattia non rappresenta una forma di cancro oculare ma una neuropatia degenerativa.

9 **Un uomo di 57 anni accusa diplopia orizzontale binoculare. La visione doppia peggiora nello sguardo verso destra. Quale tra le seguenti è la diagnosi più probabile:**

- **A** **Paralisi isolata del VI nervo cranico di destra**
- **B** Paralisi isolata del VI nervo cranico di sinistra
- **C** Paralisi completa del III nervo cranico di destra
- **D** Paralisi isolata del IV nervo cranico di sinistra
- **E** Paralisi isolata del IV nervo cranico di destra

Risposta giusta: A

La diplopia orizzontale e binoculare che peggiora nello sguardo verso destra indica un deficit dell'abduzione dell'occhio destro. Il muscolo responsabile è il retto laterale destro, innervato dal VI nervo cranico destro. La paralisi impedisce la rotazione temporale, rendendo la visione doppia più evidente quando si guarda nella direzione del muscolo compromesso.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Paralisi isolata del VI nervo cranico di sinistra**: Il VI nervo cranico sinistro controlla il retto laterale sinistro. Una lesione limiterebbe l'abduzione dell'occhio sinistro, quindi la diplopia peggiorerebbe guardando verso sinistra anziché verso destra.
- **C) Paralisi completa del III nervo cranico di destra**: Il III nervo cranico (oculomotore) regola diversi muscoli extraoculari e la pupilla. Una paralisi completa manifesta ptosi, midriasi e posizione dell'occhio in basso e fuori, presentando un quadro clinico molto più ampio rispetto alla singola diplopia orizzontale evocabile qui.
- **D) Paralisi isolata del IV nervo cranico di sinistra**: Il IV nervo cranico (trocleare) innerva l'obliquo superiore. La sua paralisi provoca una diplopia verticale o obliqua che si accentua nello sguardo in basso e verso il lato opposto, non un disturbo orizzontale.
- **E) Paralisi isolata del IV nervo cranico di destra**: Come per la A, il IV nervo destro agisce sull'obliquo superiore. La sua compromissione genera quadri torsionali o verticali con aggravio nel controllo dello sguardo inferiore e controcontrolaterale, incompatibile con il sintomo descritto.

10 **Quale nervo innerva il muscolo cricotiroideo?**

A Nervo laringeo ricorrente
B Nervo ipoglosso
C **Nervo laringeo superiore**
D Nervo glossofaringeo
E Nervo laringeo medio

Risposta giusta: C

Il muscolo cricotiroideo rappresenta un'**eccezione** nell'innervazione motoria della laringe: a differenza degli altri muscoli intrinseci che dipendono dal nervo laringeo ricorrente, questo specifico muscolo viene pilotato dal **ramo esterno** del nervo laringeo superiore. Conoscere questa distinzione permette di identificare con precisione il percorso neuro-muscolare coinvolto.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Nervo laringeo ricorrente**: Il nervo laringeo ricorrente regola la contrazione della quasi totalità dei muscoli intrinseci della laringe, ma la sua azione si interrompe proprio prima di raggiungere il cricotiroideo.
- **B) Nervo ipoglosso**: Il nervo ipoglosso coordina esclusivamente i movimenti della lingua, risultando completamente estraneo alla funzione del muscolo cricotiroideo.
- **D) Nervo glossofaringeo**: Il nervo glossofaringeo gestisce funzioni sensitive e gustative nella faringe e nella porzione posteriore della lingua, senza inviare fibre al muscolo cricotiroideo.
- **E) Nervo laringeo medio**: Nel contesto anatomico della laringe non esiste un nervo laringeo medio come condotto motrice per il cricotiroideo.

12 **Un paziente di 55 anni, sottoposto due anni prima a chirurgia implantare a livello dell'arcata alveolare superiore destra, lamenta dolore da giorni a livello facciale infraorbitario destro. L'esame endoscopico mostra edema e secrezioni purulente a carico del complesso ostio-meatale destro. Quale tra le seguenti è la diagnosi più probabile?**

A Danno iatrogeno del nervo alveolare superiore

B **Sinusite odontogena etmoido-mascellare**

C Nevralgia del trigemino

D Sinusite frontale

E Carcinoma del rinofaringe

Risposta giusta: B

Il quadro clinico indica una **sinusite odontogena** secondaria alla chirurgia implantare dell'arcata superiore. La vicinanza tra gli impianti e il pavimento del seno mascellare favorisce la diffusione di un'infezione che raggiunge il compartimento etmoidale attraverso il complesso ostiomeatale. Edema e secrezioni purulente endoscopiche confermano un processo infettivo attivo delle cavità paranasali.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Danno iatrogeno del nervo alveolare superiore**: Un danno nervoso provoca ipoestesia, parestesie o dolore neuropatico, mentre non genera mai edema mucoso o secrezioni purulente osservabili endoscopicamente.
- **C) Nevralgia del trigemino**: La nevralgia del trigemino si manifesta con crisi dolorose brevi e lancinanti, ma non spiega i reperti infiammatori o settici documentati dall'esame.
- **D) Sinusite frontale**: La sinusite frontale determina dolore nella regione sopraorbitaria o frontale, non infraorbitario, e non presenta collegamenti anatomici con interventi sull'arcata superiore.
- **E) Carcinoma del rinofaringe**: Un carcinoma del rinofaringe può causare ostruzione nasale o otite sierosa, ma risulta clinicamente poco coerente con il decorso post-impianto e la presenza evidente di materiale purulento.

13 **Un uomo di 76 anni giunge al Pronto Soccorso con un quadro clinico di ileo meccanico. Quale tra le seguenti è la diagnosi più probabile?**

A Appendicite
B Diverticolo perforato
C Calcolosi della colecisti
D Carcinoma del colon
E Megacolon tossico

Risposta giusta: D

Nellantiziano il carcinoma del colon è la causa più frequente di ileo meccanico. La progressiva stenosi neoplastica ostruisce il lume intestinale e richiede un immediato sospetto diagnostico in questa fascia d'età.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Appendicite**: L'appendicite ha bassa incidenza negli ultrasettantenni e si manifesta come dolore acuto diffuso, risultando rara come causa di blocco intestinale persistente nel grande intestino.
- **B) Diverticolo perforato**: La perforazione diverticolare induce principalmente un ileo paralitico secondario alla peritonite, mentre il meccanismo ostruttivo richiede un danno fisico strutturale.
- **C) Calcolosi della colecisti**: La colelitiasi non genera occlusione intestinale diretta e il raro ileo biliario da migrazione calcarea è clinicamente meno probabile rispetto a una neoplasia ostruttiva.
- **E) Megacolon tossico**: Il megacolon tossico è una complicanza di coliti infiammatorie o infettive che provoca dilatazione del colon e segni di tossicità sistemica, non un'ostruzione meccanica del transito.

---

14 **Ad un giovane di 30 anni vengono diagnosticati un feocromocitoma, aumento del paratormone ed un nodulo tiroideo positivo per carcinoma midollare. Quale tra le seguenti è la diagnosi più probabile:**

A Tumore del polmone
B MEN1
C MEN2A
D Tumore endocrino del pancreas
E Iperaldosteronismo

Risposta giusta: C

La **triade** clinica è composta da carcinoma midollare della tiroide, feocromocitoma e iperparatiroidismo primario. Questa associazione di neoplasie endocrine indica una condizione ereditaria mediata dal **gene RET**. Il profilo diagnostico definisce precisamente la **MEN2A**.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Tumore del polmone**: Alcune neoplasie polmonari possono produrre effetti paraneoplastici ma non giustificano la combinazione precisa di carcinomi endocrini. Il quadro richiede una spiegazione genetica sistematica piuttosto che un tumore polmonare isolato.
- **B) MEN1**: La MEN1 caratterizza principalmente adenomi alle paratiroidi, all'ipofisi e al pancreas endocrino. Non include tipicamente il feocromocitoma né il carcinoma midollare della tiroide.
- **D) Tumore endocrino del pancreas**: I tumori endocrini pancreatici rientrano nello spettro classificatorio della MEN1. Non spiegano la compresenza del carcinoma midollare tiroideo e del feocromocitoma, elementi distintivi della forma 2A.
- **E) Iperaldosteronismo**: L'iperaldosteronismo causa ipertensione e ipokaliemia senza giustificare la presenza di tumori tiroidei o surrenalici. Non costituisce una sindrome coesa con le tre patologie descritte.

15 **Un uomo di 55 anni affetto da molto tempo da disturbi dispeptici viene alla osservazione per una tumefazione della fossa clavicolare sinistra (Segno di Troisier). Qual è il sospetto diagnostico più verosimile tra i seguenti?**

- **A** **Tumore dello stomaco**
- **B** Tumore del timo
- **C** Tumore del colon
- **D** Gastrite cronica
- **E** Tumore della tiroide

Risposta giusta: A

Il segno di Troisier indica un **linfonodo** sovraclaveare sinistro ingrandito, tipico di **metastatizzazioni** da neoplasie addominali. Nel contesto di disturbi dispeptici cronici, il sospetto principale è un **carcinoma gastrico**. Questo reperto clinico deve far pensare prioritariamente a una neoplasia stomacale.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Tumore del timo**: Il timo è una sede mediastinica e non rappresenta la causa classica di una tumefazione sovraclaveare sinistra. Non è l'associazione clinica più verosimile in questo caso.
- **C) Tumore del colon**: I tumori del colon possono metastatizzare, ma il linfonodo di Troisier è meno caratteristico. Se si pensa a un tumore addominale con questo segno, lo stomaco è decisamente più probabile.
- **D) Gastrite cronica**: La gastrite cronica spiega i disturbi dispeptici, ma non giustifica la tumefazione della fossa sovraclaveare sinistra. Qui bisogna pensare a una lesione neoplastica e non a un semplice processo infiammatorio.
- **E) Tumore della tiroide**: I tumori tiroidei possono dare metastasi linfonodali cervicali, ma la sede sovraclaveare sinistra richiama più spesso una neoplasia addominale che non una tiroidea.

16 **Un uomo di 62 anni ha di recente sviluppato un diabete mellito con costante perdita di peso e dolore puntorio localizzato ai quadranti superiori dell'addome ed irradiato al dorso. Qual è il sospetto diagnostico più probabile tra i seguenti?**

A Diverticolosi
B Tumore del retto
C Poliposi familiare
D **Tumore del pancreas avanzato**
E Epatite cronica

Risposta giusta: D

In un uomo di 62 anni, **diabete di nuova insorgenza**, calo ponderale e dolore ai quadranti superiori dell'addome irradiato al dorso fanno sospettare un tumore pancreatico avanzato. Il carcinoma può causare dolore profondo e continuo, spesso riferito alla schiena, e alterare la funzione endocrina del pancreas.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Diverticolosi**: La diverticolosi è spesso asintomatica oppure causa disturbi del colon. Il dolore è più spesso localizzato all'addome inferiore, e la condizione non spiega il diabete di nuova insorgenza.
- **B) Tumore del retto**: Un tumore del retto può causare alterazioni dell'alvo, sangue nelle feci, tenesmo o anemia. Non è tipicamente associato a dolore epigastrico irradiato alla schiena né a diabete di nuova insorgenza.
- **C) Poliposi familiare**: La poliposi familiare predispone alle neoplasie del colon, ma non spiega il quadro clinico attuale. Non ci sono elementi tipici di una sindrome poliposica, mentre i sintomi orientano verso il pancreas.
- **E) Epatite cronica**: L'epatite cronica può causare astenia, alterazioni degli esami epatici e talvolta epatomegalia. Non spiega bene il diabete recente né il dolore irradiato al dorso associato alla perdita di peso.

17 **Un uomo di 45 anni è affetto da calcolosi della colecisti, diverticoli del colon, reflusso gastroesofageo. Quale nome si associa a quest'insieme di patologie?**

- **A** **Triade di Saint**
- **B** Sindrome di Marfan
- **C** Sindrome di Mallory-Weiss
- **D** Sindrome di Lynch
- **E** Sindrome di Peutz-Jeghers

Risposta giusta: A

Il quadro clinico descrive la triade di Saint, caratterizzata dalla coesistenza di **calcolosi biliare**, **diverticolosi del colon** ed **ernia iatale** associata a **reflusso gastroesofageo**. Questa combinazione si presenta frequentemente nello stesso soggetto, soprattutto nella popolazione adulta.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Sindrome di Marfan**: La sindrome di Marfan è un disturbo del tessuto connettivo che colpisce prevalentemente l'apparato scheletrico, oculare e cardiovascolare. Non ha alcuna correlazione con le patologie digestive indicate.
- **C) Sindrome di Mallory-Weiss**: La sindrome di Mallory-Weiss indica lacerazioni della mucosa gastroesofagea sopravvenute dopo episodi di vomito violento. Rappresenta una complicanza acuta isolata, non un insieme di condizioni croniche.
- **D) Sindrome di Lynch**: La sindrome di Lynch è una condizione ereditaria che aumenta significativamente il rischio di sviluppare neoplasie del colon-retto e dell'endometrio. Si tratta di una patogenesi diversa da quella descritta nella traccia.
- **E) Sindrome di Peutz-Jeghers**: La sindrome di Peutz-Jeghers consiste in una poliposi intestinale di tipo ereditario accompagnata da pigmentazioni mucocutanee peculiari. Non coinvolge la triade colecisti-colon-reflusso menzionata.

18 **In un uomo di 75 anni affetto da molto tempo da dispepsia cronica resistente alla terapia, quale è tra le seguenti l'indagine diagnostica iniziale più appropriata?**

A RX Digerente

B Esofagogastroduodenoscopia con eventuale biopsia

C RM addome

D TC addome pelvi

E Clisma opaco a doppio contrasto

Risposta giusta: B

L'età avanzata e la cronicità dei sintomi richiedono l'esclusione diretta di una **lesione organica**. L'esofagogastroduodenoscopia consente la valutazione visiva diretta della mucosa superiore. Permette inoltre di prelevare campioni tissutali mediante **biopsie** mirate. Rappresenta quindi l'**esame di prima linea** più completo.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) RX Digerente**: La radiografia dell'apparato digerente offre informazioni morfologiche molto meno dettagliate rispetto all'endoscopia. Nell'anziano con sintomi persistenti non risulta idonea come primo step diagnostico.
- **C) RM addome**: La risonanza magnetica addominale non costituisce un esame di scelta per la valutazione della dispepsia. Si utilizza esclusivamente in protocolli specifici per lo studio di fegato, pancreas o vie biliari.
- **D) TC addome pelvi**: La tomografia computerizzata non è indicata come indagine iniziale per la dispepsia cronica. Viene riservata a casi selezionati quando si sospettano complicanze sistemiche o patologie extra-digestive. Non permette la visualizzazione diretta della mucosa gastroduodenale.
- **E) Clisma opaco a doppio contrasto**: Il clisma opaco esamina esclusivamente il colon discendente e retto. La dispepsia riguarda il tratto gastrointestinale superiore rendendo questa indagine radiologica completamente irrilevante per la diagnosi.

19 **Un uomo di 70 anni è affetto da adenocarcinoma del retto localizzato a 5 cm dal margine anale esterno, cT3N1M0. Quale delle seguenti strategie terapeutiche è la più appropriata?**

A Chirurgia diretta

B Chemioterapia e follow-up ad un anno

C Chemioterapia neoadiuvante, chirurgia

D Radiofrequenza

E Chemioradioterapia neoadiuvante, ristadiazione, chirurgia

Risposta giusta: E

Un tumore del retto basso a 5 cm dal margine anale con stadiazione cT3N1M0 richiede un approccio multimodale. La chemioradioterapia neoadiuvante riduce il volume tumorale e minimizza il rischio di recidiva locale. Successivamente viene eseguita una ristadiazione per valutare la risposta del tessuto prima di procedere con la chirurgia. Questa sequenza ottimizza la resecabilità e gli outcome oncologici.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Chirurgia diretta**: La chirurgia upfront si riserva esclusivamente ai tumori precoci e ben circoscritti. La presenza di invasione oltre la tonaca muscolare e di interessamento dei linfonodi regionali rende prematuro un intervento diretto.
- **B) Chemioterapia e follow-up ad un anno**: La chemioterapia sistemica da sola non garantisce il controllo della malattia nel letto anatomo-patologico rettale. Il follow-up a un anno senza intervento attivo è incompatibile con la stadiazione localmente avanzata.
- **C) Chemioterapia neoadiuvante, chirurgia**: La chemioterapia neoadiuvante isolata è insufficiente per i carcinomi retali bassi. Manca l'effetto radiosensibilizzante necessario per il controllo locale e per migliorare i margini chirurgici.
- **D) Radiofrequenza**: La radiofrequenza non rientra nei protocolli terapeutici per l'adenocarcinoma rettale avanzato. Viene impiegata principalmente per la distruzione di lesioni epatiche o per noduli benigni cutanei.

20 **Un uomo di 43 anni da un anno circa lamenta frequenti rigurgiti post-prandiali e notturni associati a disfagia ingravescente. Riferisce saltuario dolore toracico con valutazione cardiologica negativa. Esegue esofago-gastro-duodenoscopia negativa per lesioni neoplastiche ed esofagografia con contrasto per os di cui si allega il radiogramma. Alla luce dei reperti anamnestici e della radiografia quale è la diagnosi più verosimile tra le seguenti?**

A Diverticolo epifrenico
B GIST del fondo gastrico
C Ernia iatale sintomatica
D **Acalasia**
E Malattia da reflusso gastroesofageo

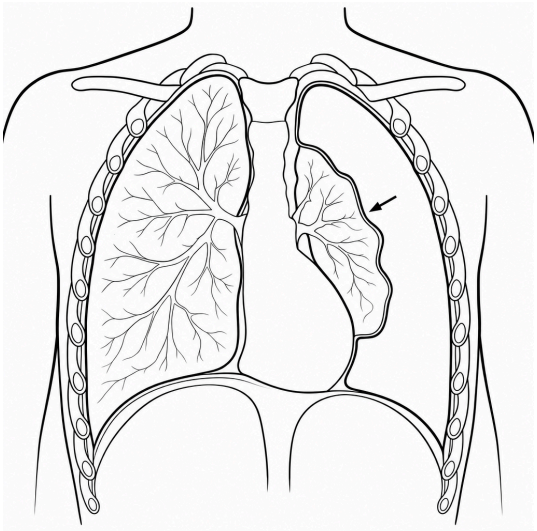
Risposta giusta: D

Il quadro clinico è tipico di un disturbo della **motilità esofagea**: disfagia ingravescente, rigurgiti post-prandiali e notturni e dolore toracico di origine non cardiaca. L'endoscopia negativa esclude un'**ostruzione meccanica** o una neoplasia, confermando una causa funzionale. L'esofagografia con contrasto mostra il restringimento distale dell'esofago con dilatazione proximale, noto come **aspetto a becco d'uccello**, patognomonico dell'**acalasia**.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Diverticolo epifrenico**: Può provocare rigurgito e disfagia ma generalmente insorge come conseguenza secondaria di un pregresso difetto di rilassamento sfinterico. La clinica e la radiografia orientano invece verso una patologia primaria dello sfintere esofageo.
- **B) GIST del fondo gastrico**: Può causare sintomi aspecifici o sanguinamento ma non giustifica la disfagia ingravescente né i rigurgiti notturni. Il quadro radiologico descritto è incompatibile con una lesione tumorsale primitiva dello stomaco.
- **C) Ernia iatale sintomatica**: Si associa a reflusso e rigurgito ma raramente determina una disfagia progressiva così marcata. La radiografia con contrasto non mostra i reperti tipicamente caratteristici che ci aspetteremmo in una malattia da ernia diaframmatica.
- **E) Malattia da reflusso gastroesofageo**: Provoca pirosi e rigurgito acido ma la disfagia ingravescente non costituisce il sintomo predominante. Il reperto radiologico di ostruzione funzionale del tratto distale non trova corrispondenza nel quadro fisiopatologico del reflusso.

21 **Paziente di 39 anni giunge in Pronto Soccorso per dolore toracico anteriore sinistro intensificato dagli atti respiratori. Alla valutazione clinica viene riscontrata tachipnea con 34 atti respiratori/minuto. All'esame obiettivo riduzione del murmure vescicolare sinistro. EGA (in area ambiente): pH7.50, PaO2 62 mmHg, PaCO2 28 mmHg. Esegue RX del torace di cui si allega il radiogramma. Il quadro clinico, radiologico e emogasanalitico orienta per:**



- **A** **Pneumotorace massivo sinistro meritevole di drenaggio toracico urgente**
- **B** Esteso focolaio bronco pneumonico sinistro meritevole di terapia antibiotica
- **C** Versamento pleurico massivo sinistro meritevole di drenaggio toracico urgente
- **D** Severo quadro di scompenso cardiaco con edema polmonare meritevole di inquadramento e trattamento cardiologico_x000D_ urgente
- **E** Pneumotorace apicale sinistro meritevole di monitoraggio clinico strumentale

Risposta giusta: A

Il quadro clinico combina dolore toracico pleuritico, tachipnea di $34\ \text{atti}/\text{min}$, murmure sinistro assente e gasemìa con **ipossiemia** ($PaO_2\ 62\ \text{mmHg}$) e **alcalosi respiratoria** ($PaCO_2\ 28\ \text{mmHg}$) da iperventilazione. L'insieme dei reperti orienta verso un **collasso polmonare** con presenza di aria nella cavità pleurica, situazione che impone un drenaggio toracico urgente.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Esteso focolaio bronco pneumonico sinistro meritevole di terapia antibiotica**: La broncopolmonite si presenta con febbre, rantoli e addensamenti parenchimali alla radiografia, non con una riduzione monolaterale del respiro né con l'ipertrasparenza tipica dell'aria libera.
- **C) Versamento pleurico massivo sinistro meritevole di drenaggio toracico urgente**: Il versamento pleurico massivo produce opacità basali omogenee con menisco al radio, a differenza del quadro attuale dominato dall'ipoventilazione e dal dolore acuto tipico del pneumotorace.
- **D) Severo quadro di scompenso cardiaco con edema polmonare meritevole di inquadramento e trattamento cardiologico_x000D_ urgente**: Lo scompenso cardiaco provoca ortopnea e crepitii diffusi bilateralmente, mentre qui il reperto fonico è unilateralmente ridotto e la radiografia esclude il pattern vascolare congestizio.
- **E) Pneumotorace apicale sinistro meritevole di monitoraggio clinico strumentale**: Un pneumotorace apicale piccolo può essere osservato in pazienti stabili, ma i dati oggettivi indicano un'**estensione** ben maggiore, rendendo inadeguato il semplice monitoraggio clinico e strumentale.

22 **Paziente giunge in Pronto Soccorso con dolore addominale associato a febbre con brivido ed ittero. Come si chiama l'associazione dei tre segni clinici presentati dal paziente?**

A Triade di Trousseau
B Triade di Calot
C Triade di Charcot
D Triade di Reynolds
E Triade di Virchow

Risposta giusta: C

L'associazione di dolore addominale, febbre con brivido e ittero corrisponde alla **tride di Charcot**, sintomo cardine della **colangite acuta**. Riconoscere questi tre segni permette di orientare immediatamente il paziente verso un'infezione delle vie biliari. Se al quadro si aggiungono ipotensione e alterazione dello stato mentale, la condizione evolve nella pentade di Reynolds.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Triade di Trousseau**: La triade di Trousseau indica la tromboflebite migrante, manifestazione paraneoplastica tipicamente legata a neoplasie dell'apparato digerente e in particolare al pancreas.
- **B) Triade di Calot**: La triade di Calot descrive i confini anatomici del triangolo epatobiliare utilizzati come riferimento in chirurgia, non un insieme di sintomi clinici.
- **D) Triade di Reynolds**: Non è il termine corretto; la sequenza completa è la pentade di Reynolds, che comprende i tre segni della triade di Charcot più ipotensione e confusione, rappresentando un quadro clinico più esteso e grave.
- **E) Triade di Virchow**: La triade di Virchow elenca i tre fattori fisiopatologici che favoriscono la trombosi venosa profonda: stasi ematica, danno endoteliale e ipercoagulabilità.

23 **In un neonato, l'atresia esofagea di III tipo è:**

A Secondaria ad esofago di Barrett
B La forma più frequente
C Secondaria a reflusso gastroesofageo
D Secondaria ad ingestione accidentale di caustici
E Caratterizzata dalla presenza di una fistola tracheoesofagea prossimale

Risposta giusta: B

La risposta esatta conferma che l'atresia esofagea di tipo III è la **forma più frequente** tra le malformazioni congenite. Questo schema anatomico associa un'interruzione del lume esofageo a una fistola tracheoesofagea distale. Si tratta di uno sviluppo anomalo fetale e non di una patologia acquisita dopo la nascita.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Secondaria ad esofago di Barrett**: L'esofago di Barrett è una trasformazione cellulare acquisita dal reflusso cronico e non ha legami con lo sviluppo fetale.
- **C) Secondaria a reflusso gastroesofageo**: Il reflusso gastroesofageo infiamma la mucosa ed eroga complicanze meccaniche, ma non origina un'atresia.
- **D) Secondaria ad ingestione accidentale di caustici**: L'ingestione accidentale di caustici provoca danni tissutali acquisiti e non genera mai un'atresia congenita.
- **E) Caratterizzata dalla presenza di una fistola tracheoesofagea prossimale**: La variante classica prevede una comunicazione anomala a livello inferiore; quelle prossimali compaiono solo in forme rare.

24 **Qual è il sistema di classificazione più utilizzato per la contrattura capsulare periprotesica mammaria?**

A Regnault
B Blondeel
C **Baker**
D Allen
E House Brackmann

Risposta giusta: C

Il sistema di classificazione più utilizzato per la contrattura capsulare periprotesica mammaria è la scala di **Baker**. Valuta il grado di contrattura osservando clinicamente la **consistenza** del tessuto, la **forma** della mammella e la presenza o assenza di **dolore**. Risulta pratica, ampiamente diffusa in chirurgia plastica e rappresenta il riferimento standard per questa complicanza post-operatoria.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Regnault**: Il sistema Regnault classifica storicamente il grado di ptosi mammaria, distinguendosi nettamente dalla valutazione della contrattura capsulare periprotesica.
- **B)** Blondeel è una denominazione legata ad altri ambiti della chirurgia plastica, ma non corrisponde a un protocollo di stadiazione riconosciuto per la contrattura capsulare periprotesica.
- **D)** Allen non fa parte dei criteri clinici utilizzati per descrivere o graduare la contrattura capsulare periprotesica mammaria nella letteratura chirurgica attuale.
- **E) House Brackmann**: La classificazione House Brackmann valuta esclusivamente la gravità della paralisi del nervo facciale, senza alcun legame con la contrattura capsulare mammaria.

25 **Una donna di 35 anni giunge presso l'ambulatorio di ginecologia riferendo amenorrea da circa 6 mesi, disturbi del sonno e dispareunia. I cicli negli anni precedenti sono sempre stati regolari per ritmo, durata e quantità. Porta in visione esami ormonali che evidenziano elevati valori di FSH e LH, bassi livelli di Estradiolo e Progesterone e null'altro di rilevante. La causa più probabile di amenorrea è:**

A Amenorrea da causa ipotalamica
B Adenoma ipofisario prolattino secernente
C Sindrome dell'ovaio policistico
D **Menopausa prematura**
E Amenorrea da causa ipofisaria

Risposta giusta: D

La paziente presenta un quadro di **sufficienza ovarica precoce** con amenorrea e disturbi classici da carenza estrogenica. Il basso feedback negativo degli ormoni ovarici stimola l'ipofisi a secernere elevate quantità di FSH e LH. Questo meccanismo fisiopatologico conferma la diagnosi di menopausa prematura prima dei 40 anni.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Amenorrea da causa ipotalamica**: Il meccanismo ipotalamico agisce a monte riducendo la secrezione di GnRH. Questa inibizione primaria determina necessariamente livelli ridotti di FSH e LH, risultati incompatibili con gli esami riportati.
- **B) Adenoma ipofisario prolattino secernente**: L'adenoma prolattinosecernente blocca l'asse riproducivo attraverso l'**iperprolattinemia**. Il danno sull'asse causa sempre una diminuzione delle gonadotropine, rendendo impossibile il rialzo di FSH e LH osservato nella paziente.
- **C) Sindrome dell'ovaio policistico**: La sindrome dell'ovaio policistico non corrisponde al dosaggio ormonale mostrato, poiché caratterizza un quadro di **iperandrogenismo** con un aumento relativo del LH e valori di FSH generalmente non marcati. Il crollo di estradiolo e progesterone è assente.
- **E) Amenorrea da causa ipofisaria**: Una patologia ipofisaria danneggia direttamente la sede di produzione delle gonadotropine. Ci si aspetterebbe pertanto **gonadotropine basse** o inappropriatamente normali invece di valori fortemente elevati.

26 **Una gestante di 45 anni alla diciassettesima settimana di gravidanza, con bitest risultato ad alto rischio per un'elevata translucenza nucale, si sottopone ad amniocentesi. Il risultato del cariotipo fetale evidenzia una trisomia del cromosoma 13 che determina la seguente sindrome:**

A Down
B Edwards
C **Patau**
D Klinefelter
E Turner

Risposta giusta: C

La trisomia del cromosoma 13 determina la **sindrome di Patau**, una condizione dovuta alla presenza di tre copie anziché due del medesimo cromosoma. Le principali trisomie autosomiche seguono un'associazione fissa: 21 per Down, 18 per Edwards e 13 per Patau. Il risultato del cariotipo fetale indica quindi direttamente questa patologia.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Down**: La sindrome di Down deriva dalla trisomia 21 e non coinvolge il cromosoma 13, escludendola come possibile diagnosi.
- **B) Edwards**: La sindrome di Edwards è causata dalla trisomia 18, pertanto non corrisponde al dato citogenetico riportato.
- **D) Klinefelter**: La sindrome di Klinefelter è un'aneuploidia dei **cromosomi sessuali**, tipicamente 47,XXY, e non riguarda il cromosoma 13.
- **E) Turner**: La sindrome di Turner è caratterizzata da una **monosomia X** (45,X) e non da una trisomia autosomica, risultando incompatibile con il cariotipo osservato.

27 **Giunge in ambulatorio di ginecologia una donna di 60 anni, in menopausa da 5 anni, che riferisce perdite ematiche vaginali da qualche giorno. La donna riferisce al medico di avere recentemente eseguito un Pap test con esito regolare e di non aver avuto traumi genitali o rapporti sessuali negli ultimi giorni. La strategia diagnostica iniziale più adeguata tra le seguenti è:**

A Tampone microbiologico vaginale

B **Ecografia pelvica transvaginale seguita da isteroscopia**

C HPV-DNA test

D Colposcopia

E Vulvoscopia

Risposta giusta: B

Il sanguinamento vaginale dopo la menopausa deve essere sempre indagato per escludere patologie endometriali. L'**ecografia transvaginale** è l'esame rapido di primo livello per misurare lo **spessore endometriale** e identificare polipi o fibromi. Qualora i risultati siano incerti o anomali, si procede con **isteroscopia** per visualizzare direttamente la cavità e praticare biopsie mirate.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Tampone microbiologico vaginale**: Il tampone microbiologico vaginale è utile solo se presenti perdite maleodoranti o sintomi infiammatori specifici, ma non risponde alla priorità di esclusione di una patologia endometriale grave.
- **C) HPV-DNA test**: L'HPV-DNA test è destinato allo **screening cervicale** e alla stima del rischio di lesioni precancerali, ma non valuta né esclude le cause organiche interne responsabili del sanguinamento.
- **D) Colposcopia**: La colposcopia è riservata alla valutazione di anomalie del **collo uterino**, solitamente guidata da un Pap test alterato o da lesioni visibili, mentre in questa paziente il risultato citologico è regolare e il quadro clinico punta verso l'endometrio.
- **E) Vulvoscopia**: La vulvoscopia è impiegata per l'analisi di lesioni superficiali della **vulva** e non costituisce la strategia iniziale corretta quando il disturbo richiede obbligatoriamente un esame diretto degli organi intra-addominali.

28 **Una gestante alla trentaquattresima settimana di gravidanza si reca in Pronto Soccorso per forti algie pelviche, intensa cefalea e dolore a barra. Il quadro clinico evidenzia PA = 150/100, contrazioni uterine tetaniche, perdite ematiche genitali, dilatazione della cervice 2 cm, alterazioni del tracciato cardiotocografico con bradicardia e decelerazioni tardive. La diagnosi più probabile è:**

A Minaccia di parto pretermine

B **Distacco di placenta**

C Prolasso del funicolo

D Parto pretermine con rottura delle membrane

E Placenta previa

Risposta giusta: B

Il quadro clinico evidenzia dolore intenso, **ipertono uterino** tetanico, **sanguinamento vaginale** e **sofferenza fetale** al tracciato. Questi elementi associati all'**ipertensione materna** orientano verso un distacco placentare improvviso.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Minaccia di parto pretermine**: La minaccia di parto pretermine presenta contrazioni e modificazioni cervicali ma non il dolore severo né l'ipertono uterino. Manca inoltre il sanguinamento significativo e i marcatori di sofferenza fetale descritti nel caso.
- **C) Prolasso del funicolo**: Il prolasso del funicolo determina alterazioni acute della frequenza cardiaca fetale dopo la rottura delle membrane. Non caratterizza il dolore pelvico intenso, l'ipertono uterino o le perdite ematiche come sintomo primario.
- **D) Parto pretermine con rottura delle membrane**: La rottura delle membrane si associa principalmente alla perdita di liquido amniotico. Non giustifica il quadro doloroso con utero contratto a tavola e la metrorragia importante osservata.
- **E) Placenta previa**: La placenta previa provoca sanguinamento nel terzo trimestre ma è tipicamente indolore. L'utero rimane non contratto e il segno non spiega la bradicardia e le decelerazioni tardive fetali.

29 **Una ragazza di 15 anni si presenta con la mamma in visita dal ginecologo perché non è ancora comparso il menarca. La ragazza, nata da parto eutocico, dimostra uno sviluppo completo dei caratteri sessuali secondari e un'altezza nella norma per età ed etnia; la paziente riferisce però saltuarie algie addominali circa una volta al mese, che si risolvono dopo qualche giorno e l'assunzione di antidolorifici. Quale tra le seguenti diagnosi è la più probabile?**

A Sindrome di Rokitansky
B Endometriosi
C **Imene imperforato**
D Rabdomiosarcoma vaginale
E Leiomioma sottosieroso uterino

Risposta giusta: C

Lo sviluppo puberale completo conferma la corretta **produzione ormonale**, mentre l'assenza di menarca con dolori ciclici mensili indica un **tratto genitale ostruito**. Il sangue mestruale non può defluire e si accumula causando dolore periodico che migliora con gli antidolorifici.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Sindrome di Rokitansky**: La sindrome di Rokitansky comporta l'assenza dell'utero, quindi l'amenorrea è presente ma mancano i dolori ciclici perché non c'è **tessuto endometriale** che sanguina.
- **B) Endometriosi**: L'endometriosi provoca dolore pelvico anche ciclico, ma non blocca il flusso mestruale e non è compatibile con questa forma di amenorrea primaria.
- **D) Rabdomiosarcoma vaginale**: Il rabdomiosarcoma vaginale è un **tumore raro** che può dare perdite o masse, ma non spiega l'amenorrea primaria con dolori mestruali regolari in una ragazza altrimenti sana.
- **E) Leiomioma sottosieroso uterino**: I leiomiomi sono molto improbabili a quindici anni e non causano amenorrea primaria, preferendo presentare sanguinamenti anomali o fastidi compressivi.

30 **Quale dei seguenti farmaci è assolutamente controindicato in gravidanza?**

A Nifedipina
B Eparina
C Insulina
D **Methotrexate**
E Paracetamolo

Risposta giusta: D

Il methotrexate è un antimetabolita fortemente **teratogeno** che blocca la **sintesi del DNA** fetale. L'esposizione induce gravi malformazioni o aborto, giustificando la controindicazione assoluta.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Nifedipina**: La nifedipina trova indicazione controllata come antipertensivo o farmaco tocolitico per prevenire il travaglio prematuro.
- **B) Eparina**: L'eparina a basso peso molecolare viene preferita perché la sua struttura impedisce il passaggio al feto attraverso la barriera placentare.
- **C) Insulina**: L'insulina è fondamentale nel diabete gestazionale per mantenere stabili i valori glicemici materni.
- **E) Paracetamolo**: Il paracetamolo è sicuro e rappresenta la scelta principale per gestire dolore e febbre in gravidanza.

31 **Quale tra le seguenti modificazioni del funzionamento dell'apparato cardiovascolare NON fa parte dell'adattamento materno fisiologico alla gravidanza?**

- **A** **Riduzione della gittata cardiaca**
- **B** Aumento del volume cardiaco
- **C** Modificazione della posizione del cuore per elevazione del diaframma
- **D** Aumento della frequenza cardiaca
- **E** Riduzione della pressione arteriosa

Risposta giusta: A

In gravidanza il sistema cardiovascolare materno aumenta la **gittata cardiaca** e la frequenza cardiaca per soddisfare le maggiori richieste metaboliche. Il volume ematico si espande a favore della perfusione utero-placentare. La pressione arteriosa diminuisce inizialmente grazie alla **vasodilatazione** sistemica. Una riduzione della gittata cardiaca rappresenta dunque un evento anomalo anziché fisiologico.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Aumento del volume cardiaco**: L'aumento del volume cardiaco è compatibile con la gravidanza poiché il cuore sopporta un carico emodinamico superiore e può manifestare lievi adattamenti dimensionali funzionali.
- **C) Modificazione della posizione del cuore per elevazione del diaframma**: La modifica della posizione del cuore è causata dall'elevazione del diaframma indotta dalla crescita dell'utero gravidico che spinge verso l'alto gli organi toracici.
- **D) Aumento della frequenza cardiaca**: L'innalzamento della frequenza cardiaca sostiene Naturalmente l'incremento della portata sanguigna necessario al mantenimento dell'omeostasi materno-fetale.
- **E) Riduzione della pressione arteriosa**: La riduzione della pressione arteriosa è un reperto frequente nel primo e secondo trimestre ed è favorita dalla marcata diminuzione delle resistenze periferiche.

32 **Quale dei seguenti reperti clinico-strumentali NON è tipico della mola vescicolare completa?**

A Ipertensione
B Presenza di cisti ovariche multiple
C Assenza di embrione e/o feto all'ecografia
D Metrorragia
E Beta-hCG ridotta per l'epoca gestazionale

Risposta giusta: E

Nella mola vescicolare completa la **beta-hCG** è marcatamente elevata, non ridotta. La proliferazione anomala del **tessuto trofoblastico** produce concentrazioni ematiche molto superiori ai valori attesi per l'epoca gestazionale. Un valore abbassato risulta quindi atipico e non compatibile con il quadro clinico standard.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Ipertensione**: L'ipertensione è un segnale possibile nel decorso clinico. Pur non essendo il più specifico, compare spesso nelle forme avanzate o complicate della malattia trofoblastica.
- **B) Presenza di cisti ovariche multiple**: Le **cisti ovariche multiple** sono un reperto tipico. In particolare le teche-luteiniche si formano per lo stimolo eccessivo delle ovaie causato dall'elevata secrezione di beta-hCG.
- **C) Assenza di embrione e/o feto all'ecografia**: L'assenza di embrione o feto è un riscontro ecografico caratteristico. Nella mola completa non vi è mai un embrione vitale e l'esame visualizza il consueto aspetto patologico privo di strutture fetali.
- **D) Metrorragia**: La metrorragia rappresenta uno dei sintomi più frequenti. Il sanguinamento vaginale nel primo trimestre è una manifestazione classica e molto comune in questa patologia.

---

33 **Quale tra le seguenti è una frequente complicazione delle fratture della parete posteriore dell'acetabolo con lussazione della testa femorale?**

A Paralisi del nervo otturatorio
B Paralisi del nervo sciatico
C Paralisi del nervo femorale
D Lesione dell'arteria iliaca esterna
E Rottura dell'arteria femorale profonda

Risposta giusta: B

Il nervo sciatico decorre immediatamente **posteriormente** all'**articolazione dell'anca**. Durante una **lussazione posteriore** associata a frattura della parete acetabolare, il nervo viene esposto e può essere lesionato. Rappresenta la complicanza neurologica più frequente di questo trauma.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Paralisi del nervo otturatorio**: Il nervo otturatorio ha un tragitto prevalentemente mediale e anteriore, fuori dall'area di rischio generata dallo spostamento posteriore della testa femorale.
- **C) Paralisi del nervo femorale**: Il nervo femorale decorre anteriormente rispetto alla testa del femore, rimanendo quindi protetto dalle lussazioni dirette all'indietro.
- **D) Lesione dell'arteria iliaca esterna**: La lesione dell'arteria iliaca esterna è molto meno caratteristica e non corrisponde alla complicanza standard attesa per questa frattura.
- **E) Rottura dell'arteria femorale profonda**: L'arteria femorale profonda è collocata nella regione della coscia e non è tipicamente interessata da questo meccanismo di danno.

34 **Una donna di 53 anni, che espleta il lavoro di segretaria, riferisce al proprio medico curante disturbi alla mano destra iniziati da alcuni mesi. Nello specifico lamenta dolore e parestesie in corrispondenza delle prime tre dita della mano che peggiorano durante la notte. Il dolore e le parestesie peggiorano nella iperflessione del polso ed il segno di Tinel è positivo. Ispettivamente si apprezza ipotrofia dell'eminenza tenar dal lato interessato. Qual è la diagnosi più probabile tra le seguenti?**

A Esiti post-traumatici
B Sindrome del tunnel cubitale
C Sindrome di Pancoast
D Una compressione del nervo ulnare al livello del canale di Guyon
E Sindrome del tunnel carpale

Risposta giusta: E

Il quadro clinico descrive una classica **compressione del nervo mediano** a livello del polso. I sintomi di **parestesie e dolore alle prime tre dita**, il tipico **peggioramento notturno** e la positività del **segno di Tinel** confermano la diagnosi. L'**ipotrofia dell'eminenza tenar** segnala un avanzamento con danno motorio.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Esiti post-traumatici**: Definire genericamente gli esiti post-traumatici non copre la precisa distribuzione dermatomica dei sintomi né i segni fisici specifici di intrappolamento nervoso presenti nel caso.
- **B) Sindrome del tunnel cubitale**: Il tunnel cubitale compromette il nervo ulnare al gomito, provocando disturbi al mignolo e all'anulare che si aggravano flettendo l'articolazione del braccio, non quelle del polso.
- **C) Sindrome di Pancoast**: La sindrome di Pancoast deriva da un tumore dell'apice polmonare che comprime il plesso brachiale o provoca la sindrome di Horner, senza mai manifestarsi come neuropatia periferica isolata al polso.
- **D)** Una compressione ulnare a livello del canale di Guyon interessa esclusivamente la quarta e quinta digitazione, contraddicendo la localizzazione riferita alla prima metà della mano.

35 **Un ragazzo di undici anni frequenta una scuola di calcetto. Gli allenamenti si svolgono da alcuni mesi su un campo in cemento. Il ragazzo lamenta da quattro settimane dolore al tallone che migliora a riposo e peggiora dopo gli allenamenti. All'esame obiettivo si apprezza dolore alla pressione in corrispondenza della porzione posteriore del calcagno. Quale tra le seguenti è la diagnosi più probabile?**

- **A** **Malattia di Sever**
- B Malattia di Freiberg
- C Malattia di Sinding-Larsen-Johansson
- D Malattia di Köhler
- E Malattia di Panner

Risposta giusta: A

Il quadro clinico descrive un'**apofisite del calcagno**, nota come malattia di Sever. È una patologia da **sovraccarico** tipica dei ragazzi attivi tra gli 8 e i 15 anni. L'infiammazione della cartilagine di accrescimento provoca dolore alla pressione posteriore che peggiora dopo l'allenamento e migliora a riposo.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Malattia di Freiberg**: La malattia di Freiberg colpisce la testa del secondo metatarso. Causa dolore nella parte anteriore e plantare del piede anziché nel calcagno posteriore, essendo un'altra forma di osteocondrosi non correlata al tallone.
- **C) Malattia di Sinding-Larsen-Johansson**: La malattia di Sinding-Larsen-Johansson interessa il **polo inferiore della rotula**. Provoca dolore nell'anteriore del ginocchio in giovani sportivi e ha una sede completamente incompatibile con il caso descritto.
- **D) Malattia di Köhler**: La malattia di Köhler è un'**osteocondrosi del navicolare tarsale**. Colpisce prevalentemente i bambini più piccoli provocando dolore al mesopiede e comparsa di zoppia, senza corrispondere né alla sede né all'età del paziente.
- **E) Malattia di Panner**: La patologia di Panner coinvolge il **capitello omerale**. Si manifesta nei bambini che praticano sport di lancio o movimenti ripetitivi del gomito, quindi la sede è totalmente diversa.

36 **Quale delle seguenti è la più frequente lesione neoplastica dello scheletro?**

A Osteosarcoma
B Cordoma
C Osteoblastoma
D Condrosarcoma
E Metastasi ossea

Risposta giusta: E

Metastasi ossee costituiscono la lesione neoplastica più frequente dello scheletro in assoluto. Superano nettamente i **tumori primitivi** per incidenza clinica. Rappresentano una sede secondaria comune per carcinomi da mammella, prostata, polmone, rene e tiroide.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Osteosarcoma**: L'osteosarcoma è il tumore osseo primitivo maligno più comune, tuttavia non supera mai in frequenza le metastasi nel complesso dello scheletro.
- **B) Cordoma**: Il cordoma è una neoplasia molto rara che origina dai residui di notocorda, quindi non può essere la lesione più diffusa.
- **C) Osteoblastoma**: L'osteoblastoma è un tumore osseo benigno e raro, con un'incidenza ampiamente inferiore a quella delle metastasi.
- **D) Condrosarcoma**: Il condrosarcoma è un tumore osseo primitivo maligno ma risulta estremamente meno frequente rispetto alle metastasi.

37 **Un paziente di 65 anni viene sottoposto ad intervento di artroprotesi del ginocchio destro per presenza di una grave artrosi sintomatica. A distanza di due anni dall'intervento, durante i quali la sintomatologia dolorosa è completamente regredita, il paziente inizia a lamentare rigidità, dolore e tumefazione del ginocchio operato. Esegue un'artrocentesi del ginocchio che da esito ad un liquido torbido di colorito giallastro, concentrazione proteica di 3,7 g/dL, glucosio 10 mg/dL, LDH 4.800 U/L. L'ipotesi diagnostica più verosimile tra le seguenti è:**

- **A** **Infezione periprotesica**
- **B** Emartro
- **C** Sinovite villonodulare pigmentosa
- **D** Errato posizionamento delle componenti protesiche
- **E** Frattura periprotesica

Risposta giusta: A

Dopo due anni di assenza di sintomi ripresentano dolore, rigidità e tumefazione, indicando una **complicanza tardiva**. L'artrocentesi rivela un fluido torbido giallastro con proteine a $3.7\ \mathrm{g/dL}$, glucosio a $10\ \mathrm{mg/dL}$ e LDH a $4800\ \mathrm{U/L}$. Questi valori confermano un **processo settico** locale, tipico dell'infezione invece che delle cause meccaniche.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Emartro**: Nell'emartro il liquido risulta francamente ematico e privo degli indicatori biochimici ipoglicemizzanti e di LDH elevato tipici dei versamenti infettivi.
- **C) Sinovite villonodulare pigmentosa**: La sinovite villonodulare pigmentosa è una proliferazione della membrana sinoviale che non caratterizza il decorso post-protesico tardivo e non spiega i reperti biochimici rilevati.
- **D) Errato posizionamento delle componenti protesiche**: Il disallineamento delle componenti protesiche genera principalmente dolori meccanici e instabilità senza modificare i parametri chimici del liquido sinoviale.
- **E) Frattura periprotesica**: Una frattura periprotesica si manifesta con dolore acuto seguito a traumatismo e con evidenza radiologica diretta, incompatibile con il quadro infiammatorio subdolo descritto.

38 **In un paziente a cui in esito ad una TURV è stata diagnosticata una neoplasia vescicale pT1 G3, associata a Cis, dopo quanto tempo è necessario ripetere la TURV?**

- **A** **Da 2 a 6 settimane**
- **B** Mai, si procede con la cistectomia radicale
- **C** Dopo 8 settimane
- **D** Dopo 1 settimana
- **E** Dopo 3 mesi

Risposta giusta: A

In pazienti con neoplasia vescicale pT1 G3 e Carcinoma in situ associata, la prima resezione risulta spesso insufficiente per escludere residui o sottostadi. La **re-TURV** verifica la completa asportazione, conferma lo **staging** iniziale e assicura il corretto campionamento del muscolo detrusore. Per ridurre il rischio di progressione la procedura va ripetuta entro $2\text{-}6$ **settimane**.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Mai, si procede con la cistectomia radicale**: La cistectomia radicale non si applica come regola immediata in questa fase clinica. Viene riservata a casi selezionati ad altissimo rischio, lasciando alla re-TURV il ruolo fondamentale di definire correttamente il percorso oncologico.
- **C) Dopo 8 settimane**: Otto settimane oltrepassa il periodo ideale raccomandato dalle linee guida. Ritardare la valutazione compromette la tempestività necessaria per gestire efficacemente la malattia.
- **D) Dopo 1 settimana**: Una settimana è prematura poiché il tessuto chirurgico non ha ancora completato la riparazione. L'esame risulterebbe meno accurato sul piano istologico e tecnicamente più complesso.
- **E) Dopo 3 mesi**: Tre mesi costituisce un intervallo inadeguato per patologie ad alto rischio. Prolungare l'attesa posticipa indebitamente le decisioni terapeutiche e favorisce potenziali recidive.

39 **Un uomo di 70 anni giunge all'osservazione dell'Urologo per un valore di PSA totale di 20,6 ng/mL. All'esame obiettivo l'esplorazione rettale è dubbia per neoplasia prostatica. L'iter diagnostico considerato attualmente più appropriato tra i seguenti è:**

A Ecografia sovrapubica, biopsia prostatica

B **RM multiparametrica della prostata, biopsia prostatica, scintigrafia ossea**

C Ecografia prostatica transrettale, TC addome pelvi

D Biopsia prostatica, TC addome pelvi senza MdC

E PET/TC con 18F-FDG

Risposta giusta: B

In presenza di PSA molto elevato e reperto dubbioso all'esplorazione rettale, l'approccio diagnostico odierno richiede inizialmente una **RM multiparametrica** per caratterizzare la lesione e indirizzare al meglio i campioni istologici. La conferma patologica rimane fondamentale per la diagnosi certa. Il marcante aumento del marcatore suggerisce un alto rischio di disseminazione scheletrica, rendendo obbligatoria la **scintigrafia ossea** per la corretta **stadiazione**.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Ecografia sovrapubica, biopsia prostatica**: La valutazione tramite parete addominale fornisce dati generici sulla capacità vescicale e sui volumi rimanenti dopo minzione. Manca completamente della risoluzione spaziale richiesta per identificare alterazioni focali della ghiandola prostatica.
- **C) Ecografia prostatica transrettale, TC addome pelvi**: L'esame ecografico via endo-anale è utile solo come guida tecnica per il campionamento, non sostituendosi alle tecniche di risonanza per la caratterizzazione tumorale moderna. La tomografia assiale standard presenta limiti marcati nella definizione dello stadio loco-regionale.
- **D) Biopsia prostatica, TC addome pelvi senza MdC**: La procedura necessita del prelievo istologico, ma la TC dell'addome e della pelvi priva di mezzo di contrasto non offre la risoluzione tissutale necessaria per analizzare il glande. Risulta inoltre inadeguata per una valutazione linfonodale e vascolare completa.
- **E) PET/TC con 18F-FDG**: La radiotomografia con fluorodesossiglucosio non rientra negli algoritmi di imaging iniziali per questa neoplasia. Le cellule tumorali prostatiche manifestano frequentemente un metabolismo glucidico insufficiente a generare un segnale rilevabile, richiedendo protocolli specifici per il monitoraggio scheletrico.

40 **Un paziente di 65 anni, operato da 3 mesi di prostatectomia radicale per una neoplasia con un Gleason 3+3, riferisce incontinenza diurna e notturna. La diagnosi più probabile tra le seguenti è:**

A Stenosi uretrale

B Ostruzione cervico-uretrale

C **Incompetenza sfinteriale post-operatoria**

D Iperattività detrusoriale idiopatica

E Ridotta compliance detrusoriale

Risposta giusta: C

Dopo una **prostatectomia radicale**, l'incontinenza urinaria è spesso dovuta a danno o **insufficienza** dello **sfintere uretrale esterno**. Questo provoca una **chiusura meccanica** inefficace, responsabile di perdita sia diurna che notturna. Il contesto chirurgico recente conferma la natura secondaria del disturbo.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Stenosi uretrale**: È possibile dopo interventi urologici, ma di solito provoca sintomi ostruttivi come getto debole, esitazione minzionale e ritenzione urinaria. Non giustifica un'incontinenza continua diurna e notturna.
- **B) Ostruzione cervico-uretrale**: Genera un quadro ostruttivo tipico con sintomi simili alla stenosi uretrale. Dopo prostatectomia radicale inoltre non interessa la sede anatomica tipica del disturbo descritto.
- **D) Iperattività detrusoriale idiopatica**: Può manifestarsi con urgenza e incontinenza da stimolo, ma in un paziente operato va ricercata prima una causa anatomica secondaria anziché classificarla come idiopatica.
- **E) Ridotta compliance detrusoriale**: Determina una vescica rigida con aumento delle pressioni di riempimento, frequenza e possibile urgenza. Non rappresenta la causa più probabile né è direttamente legata alla chirurgia prostatica quanto l'insufficienza sfinteriale.

41 **Un bambino di tre anni viene portato in Pronto Soccorso perché ha ingerito un numero imprecisato di compresse di acido acetilsalicilico. All'ingresso il bambino accusa vertigini soggettive, ha vomito, e all'obiettività si evidenzia tachipnea. Quale dei seguenti provvedimenti NON è corretto?**

A Valutare la stabilità del respiro e del circolo, posizionare accesso venoso, eseguire esami ematici (valutazione della salicilatemia, emogasanalisi, glicemia, elettrolitemia, creatininemia, esame urine)

B Eseguire radiografia del torace

C Se necessario alcalinizzare le urine

D **Infondere rapidamente abbondanti liquidi per forzare la diuresi**

E Somministrare carbone attivo

Risposta giusta: D

L'intossicazione da acido acetilsalicilico richiede una gestione razionale basata sulla **stabilizzazione** emodinamica e sul **monitoraggio** continuo. La diuresi forzata tramite infusione rapida di liquidi non è un protocollo valido perché non migliora l'clearance renale dei **salicilati** e espone il bambino a un pericoloso sovraccarico voluemico. La terapia appropriata segue criteri clinici e biochimici graduali.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Valutare la stabilità del respiro e del circolo, posizionare accesso venoso, eseguire esami ematici (valutazione della salicilatemia, emogasanalisi, glicemia, elettrolitemia, creatininemia, esame urine)**: La priorità immediata resta la valutazione dell'ABC con verifica di respiro e circolo. Dopo aver posizionato un accesso venoso occorrono esami ematici mirati come salicilatemia, emogasanalisi, glicemia, elettrolitemia, creatininemia ed esame urinario. Questi dati definiscono la gravità tossica e orientano le decisioni terapeutiche successive.
- **B) Eseguire radiografia del torace**: La radiografia del torace costituisce un approfondimento utile quando persistono tachipnea o segni respiratori anomali. Serve a escludere edema polmonare non cardiogeno o microaspirazioni gastriche frequenti nei quadri tossici severi. Rimane indicata nella valutazione clinica completa del piccolo paziente.
- **C) Se necessario alcalinizzare le urine**: L'alcalinizzazione urinaria mediante somministrazione di **bicarbonato** incrementa la frazione ionizzata degli acidi nell'urina. Questo meccanismo riduce drasticamente il riassorbimento tubulare e potenzia l'escrezione renale nelle intossicazioni significative. Si mantiene un pH target tra $7.5–8.5$ evitando alterazioni sistemiche.
- **E) Somministrare carbone attivo**: Il **carbone attivo** funziona come adsorbente gastrointestinalle se somministrato entro quattro ore dall'ingestione accidentale. Deve essere riservato a pazienti con vie aeree protette per prevenire complicanze polmonari da aspirazione. La sua efficacia nel diminuire l'assorbimento sistemico è confermata dai protocolli pediatrici.

43 **Viene ricoverato un bambino di cinque anni che presenta un rash cutaneo purpureo palpabile localizzato in particolare agli arti inferiori, dolori addominali associati a tracce ematiche nelle feci, dolore articolare, tumefazione alle ginocchia ed ematuria macroscopica. Quale tra le seguenti è la diagnosi più probabile?**

A Malattia reumatica
B Malattia di Kawasaki
C Artrite idiopatica giovanile
D Orticaria da farmaci
E Porpora di Schonlein-Henoch

Risposta giusta: E

Il quadro clinico è tipico di una **vasculite** dei piccoli vasi con coinvolgimento cutaneo, gastrointestinale, articolare e renale. Presenta **porpora palpabile** agli arti inferiori, dolori addominali, interessamento articolare ed **ematuria**. È comune in pediatria e segue spesso infezioni delle vie respiratorie superiori.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Malattia reumatica**: La malattia reumatica dà soprattutto interessamento cardiaco, articolare e talvolta neurologico, ma non il tipico rash porfirico né il quadro renale e gastrointestinale descritto.
- **B) Malattia di Kawasaki**: È una vasculite pediatrica, ma il quadro è diverso: febbre prolungata, congiuntivite, mucosite, rash polimorfo, adenopatie e rischio di aneurismi coronarici. Non è tipica la porpora palpabile con ematuria.
- **C) Artrite idiopatica giovanile**: Non è la diagnosi più probabile. Può causare artrite e tumefazione, ma non spiega la porpora palpabile, il sanguinamento fecale e l'ematuria.
- **D) Orticaria da farmaci**: Sbagliata perché l'orticaria è un'eruzione pruriginosa ed evanescente, non purpurica né palpabile in senso vasculitico; inoltre non giustifica i sintomi addominali, articolari e renali.

44 **Una ragazza di 12 anni presenta da alcuni giorni un quadro clinico in progressivo peggioramento, caratterizzato da labilità emotiva e continui brevi ed involontari movimenti degli arti e della mimica facciale, non presenti durante il sonno. La ragazza due mesi fa circa ha sofferto di una tonsillite febbrile, accompagnata da malessere e tumefazione dolente dei linfonodi sottomandibolari e seguita da dolore e tumefazione migranti alle articolazioni delle ginocchia. Quale tra le seguenti è la diagnosi più probabile?**

A Crisi d'ansia
B Insorgenza di un quadro psicotico
C Crisi epilettiche parziali
D **Corea di Sydenham**
E Dermatomiosite

Risposta giusta: D

La **corea di Sydenham** è una manifestazione tardiva della febbre reumatica, tipica dell'età pediatrica. Provoca **movimenti coreici** involontari, ipotonia e labilità emotiva, con movimenti che si attenuano o scompaiono durante il sonno. La tonsillite febbrile di circa due mesi prima, seguita da **artrite migrante**, sostiene la diagnosi di infezione streptococcica recente.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Crisi d'ansia**: L'ansia può causare irrequietezza, agitazione o sintomi somatici, ma non spiega i movimenti coreici involontari né il loro legame con il precedente episodio infettivo e reumatologico.
- **B) Insorgenza di un quadro psicotico**: La labilità emotiva potrebbe far pensare a un disturbo psichico, ma i movimenti involontari sono un segno neurologico organico. Il quadro è compatibile con una sindrome post-streptococcica, non con una psicosi.
- **C) Crisi epilettiche parziali**: Le crisi epilettiche hanno in genere una dinamica diversa e sono spesso stereotipate. Non corrispondono ai movimenti rapidi e fluttuanti che si attenuano durante il sonno e si associano a disturbi comportamentali come nella corea.
- **E) Dermatomiosite**: La dermatomiosite causa soprattutto debolezza muscolare prossimale e dolore, talvolta associati a manifestazioni cutanee caratteristiche. Non provoca movimenti involontari coreici.

45 **Un bambino di cinque anni con storia di trauma cranico accidentale occorso cadendo da circa un metro d'altezza, arriva in Pronto Soccorso. All'ingresso il bambino è vigile, orientato ed ha un esame obiettivo generale e neurologico negativo e ricorda e descrive l'accaduto. Lamenta soltanto una cefalea di media entità. Il bambino dopo il trauma ha pianto subito ed ha vomitato. Quale tra i seguenti comportamenti clinici è il più indicato?**

A Ricoverare il bambino per le prime 96 ore dopo trauma

B Rassicurare i genitori e dimettere il bambino, dando indicazioni per un eventuale nuovo accesso in Pronto Soccorso

C Eseguire TC del cranio urgente

D Eseguire radiografia del cranio per valutare la presenza di eventuali fratture

E Rassicurare i genitori e trattenere il bambino per un periodo di osservazione clinica in Pronto Soccorso

Risposta giusta: E

In un bambino con **trauma cranico lieve** vigile e orientato con esame neurologico normale, la gestione ideale prevede la **osservazione clinica** in Pronto Soccorso. Il pianto immediato post-trauma funge da indicatore rassicurante. Il vomito isolato non giustifica esami strumentali aggiuntivi se persiste la stabilità clinica. Il monitoraggio iniziale consente di intercettare tempestivamente eventuali **segni di deterioramento** senza esporsi a rischi inutili.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Ricoverare il bambino per le prime 96 ore dopo trauma**: Un ricovero prolungato per novantasei ore risulta eccessivo in un quadro stabile. È sconsigliato in assenza di segni clinici di gravità o di qualsiasi peggioramento neurologico documentato.
- **B) Rassicurare i genitori e dimettere il bambino, dando indicazioni per un eventuale nuovo accesso in Pronto Soccorso**: La dimissione immediata non è la scelta ottimale in questo contesto specifico. Sebbene accettabile in traumi minori severamente selezionati, la presenza di vomito rende più prudente un periodo di osservazione preliminare prima della scarica.
- **C) Eseguire TC del cranio urgente**: La TC cranica urgente non è necessaria sulla base dei dati clinici disponibili. Va riservata ai casi con segni di rischio elevati o peggioramento clinico, mentre qui il paziente vigile mostra solo cefalea moderata e vomito isolato.
- **D) Eseguire radiografia del cranio per valutare la presenza di eventuali fratture**: Le radiografie del cranio hanno un ruolo molto limitato nel trauma cranico pediatrico moderno. Non valutano correttamente il rischio di lesioni intracraniche e non rappresentano più l'esame di riferimento.

46 **Un lattante di dieci mesi di origini nigeriane, in Italia da poche settimane, giunge in Pronto Soccorso per pianto inconsolabile. Non presenta febbre. Alla valutazione clinica si osservano irritabilità, tachicardia ed edema di tre dita della mano destra, che appaiono calde ed eritematose. La restante obiettività clinica è nella norma, ad eccezione di modica epatosplenomegalia. Qual è l'ipotesi diagnostica più probabile?**

A Congelamento

B **Drepanocitosi**

C Artrite psoriasica

D Patereccio erpetico

E Leucemia acuta

Risposta giusta: B

Il quadro clinico di un lattante di origini nigeriane con edemo doloroso e calde deile dita è tipico della **dattilite**. Questo sintomo indica una **crisi vaso-occlusiva** tipica della **drepanocitosi** nei primi anni di vita. La **epatosp lenomegalia lieve** conferma il coinvolemtno epato-splenico precoec, mentre l'assenza di febbre sostenie questa ipotesi rispoto alle cause infeitive.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Congelamento**: Il congelamento richiede un'esposizione prolungata al freddo e causa danni da ischemia e ipotermia, condizioni incompatibili con una dattilite dolorosa in un neonato appena arrivato nel Paese.
- **C) Artrite psoriasica**: L'artrite psoriasica può causare tumefazioni articolari ma manca completamente il contesto di malattia cutanea associata, rendendo il quadro complessivamente più compatibile con una patologia emoglobinopatica.
- **D) Patereccio erpetico**: Il patereccio erpetico si presenta tipicamente con lesioni vescicolari dolorose dovute a herpes simplex, mentre il referto clinico descrive edemo diffuso di tre dita senza vescicole.
- **E) Leucemia acuta**: La leucemia acuta provoca spesso irritablezza, pallore, epatosplenomegalia e dolori ossei ma non spiega il segno focale caldo ed eritematoso delle dita che, unito all'origine etnica e all'età, orienta verso la falcemìa.

47 **Arriva in Pronto Soccorso un lattante di tre mesi con tosse e "wheezing", che presenta all'obiettività rientramenti intercostali, alitamento delle pinne nasali, bilancia toraco-addominale ed aumento della frequenza respiratoria e cardiaca. Non è febbrile, ma viene riferita scarsa assunzione di latte da alcune ore. Nel sospetto di bronchiolite quale comportamento clinico tra i seguenti è più corretto assumere in questo caso?**

- **A** **Somministrare ossigeno se la SpO2 in aria ambiente è inferiore al 94%, posizionare un accesso venoso e disporre il ricovero**
- B Somministrare O2 e cortisonici per aerosol e provare ad alimentarlo
- C Somministrare aerosol con soluzione salina ipertonica e adrenalina, iniziare terapia antibiotica e predisporre il ricovero
- D Somministrare O2 e cortisonici per aerosol e richiedere RX del torace
- E Provare ad alimentare il lattante, consolandolo in attesa della radiografia del torace

Risposta giusta: A

Nella bronchiolite con segni di distress respiratorio la priorità è valutare la gravità e fornire solo terapia di supporto. L'ossigeno va somministrato quando la saturazione in aria ambiente scende sotto il 94 %. La scarsa assunzione di latte associata al maggior lavoro respiratorio aumenta il rischio di disidratazione, rendendo necessari un accesso venoso e il ricovero per monitoraggio. Le indagini radiologiche e i farmaci non hanno un ruolo di prima linea.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Somministrare O2 e cortisonici per aerosol e provare ad alimentarlo**: Anche in questa opzione si propone l'uso di cortisòni privi di evidenza clinica nella condizione descritta. Provare ad alimentare un bambino con ridotto introito latteo e fatica respiratoria senza aver prima garantito idratazione ed ossigeno espone a rischi di aspirazione e aggravamento.
- **C) Somministrare aerosol con soluzione salina ipertonica e adrenalina, iniziare terapia antibiotica e predisporre il ricovero**: La malattia ha generalmente eziologia virale pertanto gli antibiotici risultano inefficaci in assenza di sovrainfezione batterica documentata. Né l'adrenalina né la soluzione salina ipertonica costituiscono pilastri della gestione standard per questo quadro clinico. Il ricovero rimane appropriato ma le altre voci sono errate.
- **D) Somministrare O2 e cortisonici per aerosol e richiedere RX del torace**: L'ossigenoterapia può essere corretta solo se necessaria, mentre i cortisòni aerosolizzati non offrono benefici routinari nella fase acuta. Richiedere una radiografia del torace senza elementi atipici o sospetto di complicanze espone a radiazioni inutili e non influenza l'impostazione terapeutica immediata.
- **E) Provare ad alimentare il lattante, consolandolo in attesa della radiografia del torace**: Valutare e stabilizzare il quadro clinico precede sempre il tentativo nutrizionale. In un lattante con rientramenti, tachipnea e distress respiratorio alimentarlo prima del controllo dei parametri vitali è pericoloso. La radiografia del torace inoltre non è indicata nella patologia non complicata e non modifica la gestione iniziale.

48 **Viene portata dal pediatra una bambina di quattro anni che lamenta da alcuni giorni artralgie migranti e mialgie. L'esame obiettivo è sostanzialmente negativo. La madre riferisce che una settimana prima dell'esordio della sintomatologia aveva notato nella bambina la presenza di un'area eritematosa, con zona centrale più pallida sulla superficie posteriore della gamba sinistra, a livello del cavo popliteo, durata parecchi giorni e risoltasi spontaneamente. La bambina era stata in vacanza in una zona collinare del Friuli-Venezia Giulia. Quale tra le seguenti ipotesi diagnostiche è la più probabile?**

- **A** **Malattia di Lyme**
- **B** Distrofia muscolare di Duchenne
- **C** Artrite idiopatica giovanile
- **D** Artrogriposi
- **E** Malattia reumatica

Risposta giusta: A

Il quadro clinico descrive una **zoonosi** trasmessa da zecca, tipica delle zone collinari del Friuli-Venezia Giulia. La lesione cutanea con bordo rosso e centro più chiaro rappresenta l'**eritema migrante**, mentre il disturbo si presenta come sintomo precoce e **migrante**. Un esame obiettivo negativo non esclude la patologia nelle fasi iniziali, poiché i segni possono essere prevalentemente sistemici.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Distrofia muscolare di Duchenne**: La distrofia di Duchenne provoca una debolezza muscolare progressiva fin dall'infanzia, con difficoltà nella deambulazione e un decorso cronico. Non si manifesta con dolori articolari volubili né con lesioni cutanee specifiche.
- **C) Artrite idiopatica giovanile**: L'artrite idiopatica giovanile richiede persistenza dei sintomi per almeno tre mesi, con tumefazione sinoviale stabile. Il quadro transitorio descritto e la comparsa di un'eruzione cutanea a centro pallido ne escludono la diagnosi prioritaria.
- **D) Artrogriposi**: L'artrogriposi è un difetto strutturale congenito caratterizzato da contratture multiple delle articolazioni già presenti alla nascita. Non può spiegare un'esordio acuto dopo un viaggio e una precedente lesione dermatologica risoluta.
- **E) Malattia reumatica**: Le malattie reumatiche come la febbre reumatica insorgono tipicamente dopo un'infezione da streptococco. Associerebbero manifestazioni sistemiche come cardite e febbre alta, presentando esiti cutanei diversi dall'eritema migrante.

49 **Una donna di 43 anni giunge alla nostra osservazione per la comparsa, da alcuni mesi, di episodi ricorrenti di dispnea per broncocostrizione. Concomitano congestione nasale ed artralgie. Alla radiografia del torace si evidenziano infiltrati polmonari multipli e periferici. Quale tra queste diagnosi deve essere presa primariamente in considerazione?**

A Dermatomiosite
B Arterite di Takayasu
C **La granulomatosi eosinofila con poliangioite (EGPA)**
D Artrite reumatoide con interessamento polmonare
E Malattia di Behcet

Risposta giusta: C

Il quadro clinico associa **broncocostrizione ricorrente**, **infiltrati polmonari periferici** e **congestione nasale**, tipici di una **vasculite associata ad eosinofilia**. Questa patologia esordisce spesso con sintomi respiratori e allergici prima di coinvolgere altri organi.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Dermatomiosite**: La dermatomiosite causa debolezza muscolare prossimale e dermatiti tipiche, mentre non giustifica la combinazione di broncocostrizione, rinite e infiltrati polmonari periferici presenti nel caso.
- **B) Arterite di Takayasu**: L'arterite di Takayasu è una vasculite dei grossi vasi tipica delle giovani donne che interessa aorta e rami, senza produrre broncocostrizione allergica né infiltrati polmonari periferici.
- **D) Artrite reumatoide con interessamento polmonare**: L'artrite reumatoide può interessare i polmoni, ma il contesto clinico non giustifica la triade di asma, congestione nasale e infiltrati periferici multipli o migranti osservati.
- **E) Malattia di Behcet**: La malattia di Behçet mostra tipicamente aftosi orale e genitale con interessamento oculare e vascolare, presentando un pattern respiratorio del tutto diverso da quello descritto.

50 **Giunge in ambulatorio un uomo di 32 anni con prurito diffuso senza interessamento del capo presente da due settimane. Riferisce che il prurito è più accentuato nelle ore notturne. Alla valutazione clinica sono presenti papule, alcune escoriate, e lesioni da grattamento. Alla faccia laterale del secondo dito di una mano si osservano lesioni lineari di circa un centimetro di lunghezza con una piccola papula ad una estremità. Quale tra le seguenti è la prima patologia che si deve sospettare?**

A Orticaria
B Pemfigoide bolloso
C **Scabbia**
D Leishmaniosi cutanea
E Pediculosi

Risposta giusta: C

Il paziente presenta **prurito notturno**, aggravato nelle ore serali, accompagnato da **papule escoriate**. La lesione lineare interdigitale termina con una papula caratteristica che identifica i **cunicoli** della scabbia, confermando la diagnosi clinica.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Orticaria**: L'orticaria si manifesta con pomfi transitori e molto pruriginosi ma non lascia papule escoriate tipiche né forma cunicoli tra le dita.
- **B) Pemfigoide bolloso**: Il pemfigoide bolloso è una malattia bollosa tipica dell'anziano che produce bolle tese su base eritematosa, risultando clinicamente incompatibile con il quadro papulare di un giovane adulto.
- **D) Leishmaniosi cutanea**: La leishmaniosi cutanea provoca lesioni cutanee localizzate, spesso ulcerate o nodulari, e non origina un quadro di prurito notturno diffuso con cunicoli interdigitali.
- **E) Pediculosi**: La pediculosi può causare prurito ma interessa principalmente il cuoio capelluto; inoltre non origina le lesioni lineari interdigitali né i cunicoli tipici descritti nel caso.

51 **Giunge al reparto di dermatologia una paziente di 60 anni con eruzione maculo-papulosa morbilliforme diffusa, edema del volto, intenso prurito e febbre elevata. Tre settimane prima aveva iniziato un trattamento con allopurinolo. Si eseguono esami ematici con riscontro di ipereosinofilia (2000/mm3), linfociti atipici (più del 5%), aumento di transaminasi, lipasi e amilasi. Il quadro clinico è compatibile con:**

- **A** **Drug Rash with Eosinophilia and Systemic Symptoms (DRESS)**
- **B** Acute Generalized Esantematic Pustolosis (AGEP)
- **C** Sindrome di Sezary
- **D** Dermatite livedoide di Nicolau
- **E** Symmetrical Drug-Related Intertriginous and Flexural Exanthema (SDRIFE)

Risposta giusta: A

Il quadro clinico corrisponde alla DRESS, abbreviazione di Drug Rash with Eosinophilia and Systemic Symptoms. Dopo due o otto settimane dall'inizio dell'allopurinolo compare un'**eruzione morbilliforme**, un **edema facciale**, la **febbre elevata** e $2000\ \mathrm{mm}^{-3}$ di ipereosinofili. La presenza di linfociti atipici superiori al 5% conferma il coinvolgimento multiviscerale epatico e pancreatico tipiche di questa reazione farmacologica grave.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Acute Generalized Esantematic Pustolosis (AGEP)**: L'AGEP si caratterizza per una comparsa rapida di numerose pustole sterili accompagnata da febbre e leucocitosi neutrofila, ma non spiega mai la marcata eosinofilia, la circolazione di linfociti atipici o il coinvolgimento sistemico tipico della DRESS.
- **C) Sindrome di Sezary**: La sindrome di Sézary è un linfoma cutaneo a cellule T che provoca eritrodermia diffusa e prurito continuo con interessamento ematologico cronico, senza l'esordio acuto post-farmaco, l'eosinofilia marcata o il danno d'organo immediato descritti.
- **D) Dermatite livedoide di Nicolau**: La dermatite livedoide di Nicolau è una complicanza puramente locale scatenata dalla somministrazione di farmaci, che determina dolore intenso e necrosi cutanea focalizzata nel punto di inoculo invece di un'eruzione generalizzata sistemica.
- **E) Symmetrical Drug-Related Intertriginous and Flexural Exanthema (SDRIFE)**: La SDRIFE genera un'esantema simmetrico confinato alle aree intertriginose e flessorie, generalmente privo di febbre, di eosinofilia importante e di alterazioni degli enzimi epatici o pancreatici, rendendo il quadro qui osservato nettamente più severo.

52 **Allo striscio di sangue periferico si osserva questa morfologia eritrocitaria con schistociti. Il quadro è indicativo di:**

A Anemia emolitica autoimmune

B **Microangiopatia trombotica**

C Macro-ovalocitosi

D Drepanocitosi

E Ellissocitosi

Risposta giusta: B

La presenza di **schistociti** allo striscio indica una **frammentazione meccanica** degli eritrociti. Questi globuli rossi vengono lesionati attraversando vasi piccoli o occlusi da microtrombi. Il quadro è caratteristico delle **microangiopatie trombotiche**, come la porpora trombotica trombocitopenica e la sindrome emolitico-uremica.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Anemia emolitica autoimmune**: L'anemia emolitica autoimmune ha una patogenesi immunologica basata sull'attacco di anticorpi. Allo striscio si osservano prevalentemente sferociti e il referto orienta verso una causa meccanica diversa.
- **C) Macro-ovalocitosi**: La macro-ovalocitosi si associa a deficit di vitamina B12 o folati. Mostra eritrociti ingranditi e dalla forma ovale, privi di qualsiasi frammentazione cellulare.
- **D) Drepanocitosi**: La drepanocitosi dipende dalla polimerizzazione dell'emoglobina S in condizioni di ipossia. Lo striscio presenta eritrociti falciformi e non cellule frammentate da stress emodinamico.
- **E) Ellissocitosi**: L'ellissocitosi è una condizione ereditaria che altera la deformabilità della membrana. Gli eritrociti appaiono allungati ed ellittici ma mantengono la loro integrità strutturale senza schegge.

53 **Un uomo di 78 anni con nota diverticolosi del colon e anamnesi ematologica negativa si presenta alla visita medica con anemia (Hb 6,8 g/dL, MCV 72 fL). Il numero delle piastrine, dei globuli bianchi e la formula leucocitaria sono normali. Questo quadro fa pensare, in prima istanza, a:**

- **A** **Un'anemia da carenza di ferro**
- **B** Una sindrome talassemica
- **C** Una porpora trombotica trombocitopenica
- **D** Un'anemia da carenza di acido folico
- **E** Un'anemia da carenza di vitamina B12

Risposta giusta: A

Il paziente presenta **valori microcitici** con $MCV = 72\ \text{fL}$ ed emocromo differenziale nella norma. L'anzianità e la diverticolosi orientano verso un **sanguinamento cronico** del tratto gastrointestinale. Tale perdita continuativa esaurisce rapidamente gli depositi di ferro. Questa combinazione clinica giustifica in prima istanza una diagnosi di **carenza marziale**.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Una sindrome talassemica**: La sindrome talassemica produce microcitosi ma è una patologia congenita stabile; nel contesto di un uomo ottuagenario con anemia severa recente, la carenza acquisita da perdite intestinali risulta statisticamente e clinicamente prioritaria.
- **C) Una porpora trombotica trombocitopenica**: La porpora trombotica trombocitopenica richiede obbligatoriamente trombocitopenia e segni di emolisi microangiopatica; la conta piastrinica conservata nei valori normali esclude completamente questa patologia.
- **D) Un'anemia da carenza di acido folico**: Il deficit di acido folico provoca anch'esso un'anemia macrocitica con volume corpuscolare aumentato, contraddicendo direttamente i dati laboratoristici del paziente.
- **E) Un'anemia da carenza di vitamina B12**: Le anemie da carenza di vitamina B12 si manifestano con valori macrocitici elevati, rendendo questa opzione fisiopatologicamente incompatibile con il quadro fornito.

54 **La tipizzazione linfocitaria di un paziente di 82 anni, che presenta una conta leucocitaria di 65.350 cellule/mm3, con linfociti rappresentanti l'82% dei leucociti, ha le seguenti caratteristiche: CD5+, CD23+, CD200+, CD20+dim, CD19+, sIgk+dim, CD10-. Il quadro è diagnostico per:**

- **A** **Leucemia linfatica cronica**
- **B** Leucemia acuta T-linfoblastica
- **C** Leucemia plasmacellulare
- **D** Linfocitosi monoclonale benigna
- **E** Linfoma follicolare leucemizzato

Risposta giusta: A

Il **fenotipo** CD5+, CD23+, CD200+ con espressione debole di CD20 e immunoglobuline di superficie è caratteristico della leucemia linfatica cronica. La marcata linfocitosi perifera combinata con l'età del paziente conferma il quadro neoplastico conclamato.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Leucemia acuta T-linfoblastica**: Le forme acute linfoblastiche coinvolgono stadi precoci di differenziazione e mostrano un decorso rapido e aggressivo. L'espressione di antigeni maturi **lignaggio B** e la stabilità temporale del quadro sono incompatibili con una neoplasia acuta del sistema emopoietico.
- **C) Leucemia plasmacellulare**: Le neoplasie plasmacitoidi esprimono marcatori terminali differenziativi diversi da quelli dei linfociti maturi circolanti. Il pannello citometrico manca completamente dei profili specifici CD38 e CD138 delle cellule plasmatiche.
- **D) Linfocitosi monoclonale benigna**: La linfocitosi monoclonale benigna rappresenta una condizione preclinica con conta leucocitaria nettamente inferiore ai criteri di malattia attiva. L'entità dei valori ematici e il profilo immuno-fenotipico completo indicano una neoplasia instaurata.
- **E) Linfoma follicolare leucemizzato**: Il linfoma follicolare leucemizzato presenta tipicamente marcatori di centro germinativo positivi ed è esclusivo dell'antigene CD5. La **negatività per CD10** nel reperto di laboratorio esclude questa entità nosologica.

55 **Una paziente di 40 anni affetta da ipertensione arteriosa e con recente diagnosi di carcinoma papillare della tiroide è stata sottoposta ad intervento chirurgico di tiroidectomia totale e successiva terapia radiometabolica. Alla luce di tali informazioni l'andamento di quale fra i seguenti parametri è indicato seguire nel follow-up di questa paziente:**

A CEA
B Calcitonina
C Cromogranina
D Anticorpi anti-recettore del TSH
E Tireoglobulina

Risposta giusta: E

La **tireoglobulina** è secreta dal **tessuto tiroideo** differenziato, pertanto dopo tiroidectomia totale e ablazione con radioiodio deve risultare assente o molto bassa. Qualsiasi successivo incremento suggerisce **persistenza** di noduli residuali o una **recidiva** neoplastica.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) CEA**: Il CEA è associato a carcinomi gastrointestinali e affianca la calcitonina nel monitoraggio del carcinoma midollare, privo di utilità clinica nella sorveglianza del papillare.
- **B) Calcitonina**: La calcitonina proviene dalle **cellule C parafollicolari** ed è il parametro di riferimento assoluto per il carcinoma midollare della tiroide, inesistente nel quadro papillare.
- **C) Cromogranina**: La cromogranina è un marcatore **neuroendocrino** aspecifico, impiegato per neoplasie delle ghiandole endocrine diverse dalla tiroide differenziata.
- **D) Anticorpi anti-recettore del TSH**: Gli anticorpi anti-recettore del TSH monitorano l'autoimmunizzazione tireotropa nella malattia di Basedow-Graves, non il decorso dei carcinomi tiroidei.

56 **La prolattina è un ormone polipeptidico prodotto e secreto dalle cellule lattotrope dell'adenoipofisi. Fra le seguenti quale NON rappresenta una possibile causa di iperprolattinemia?**

- **A** **Terapia con amiodarone**
- **B** Terapia con farmaci antagonisti dopaminergici
- **C** Gravidanza
- **D** Adenoma ipofisario secernente prolattina
- **E** Craniofaringioma

Risposta giusta: A

La prolattina segue una regolazione inibitoria mediata dalla **dopamina** e aumenta fisiologicamente durante la **lattazione**. Farmaci che bloccano tale neurotrasmettitore, neoplasie secernenti o masse che comprimono il peduncolo ipofisario alterano questo controllo. L'**amiodarone**, al contrario, provoca principalmente disfunzioni tiroidee e non è associato a un incremento dei livelli prolattinici.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Terapia con farmaci antagonisti dopaminergici**: Interrompe il blocco nervoso sull'ipofisi. Somministrare antagonisti blocca i recettori specifici, permettendo una secrezione continuativa e incontrollata dell'ormone.
- **C) Gravidanza**: Rappresenta un incremento fisiologico normale. I valori salgono progressivamente per maturare la ghiandola mammaria e sostenere l'allattamento.
- **D) Adenoma ipofisario secernente prolattina**: Costituisce la causa patologica più diretta. Il tessuto adenomatoso ipofisario sintetizza e rilascia attivamente grandi quantità di ormone nel circolo ematico.
- **E) Craniofaringioma**: Agisce attraverso un danno meccanico secondario. La massa espansa comprime il peduncolo ipofisario, impedendo alla dopamina ipotalamica di arrivare alle cellule target e annullandone il ruolo inibitorio.

57 **Un uomo di 55 anni giunge con stigmate cliniche di acromegalia. Quale indagine è più utile all'accertamento diagnostico?**

A Dosaggio di insulin like growth factor-II (IGF-II)

B RX diretta cranio

C Dosaggio di ormone della crescita (GH) dopo test al TRH

D Dosaggio di insulin like growth factor-I (IGF-I)

E Dosaggio di ormone della crescita (GH) dopo test all'arginina

Risposta giusta: D

Il dosaggio dell'**IGF-I** rappresenta l'esame iniziale più indicato perché riflette la **secrezione cronica** di GH in modo stabile. L'ormone della crescita viene rilasciato in **pulsazioni**, rendendo i dosaggi sporadici poco **affidabili**. L'IGF-I rimane costante nel tempo e indica correttamente lo stato di eccesso ormonale protratto. Successivamente il percorso prevede un protocollo di soppressione e una risonanza magnetica ipofisaria.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Dosaggio di insulin like growth factor-II (IGF-II)**: I livelli circolanti di IGF-II rimangono fisiologicamente indipendenti dalle fluttuazioni dell'ormone della crescita. Il marcatore che sale proporzionalmente all'eccesso gh è esclusivamente l'IGF-I, mentre la valutazione del secondo fattore di crescita non ha valore in questo contesto.
- **B) RX diretta cranio**: La radiografia cranica può evidenziare solo reperti morfologici indiretti come l'ingrandimento della sella turcica. Non permette di confermare l'ipresecrezione biologica né sostituisce i marker sierici per la diagnosi.
- **C) Dosaggio di ormone della crescita (GH) dopo test al TRH**: La risposta alla somministrazione di TRH non costituisce un algoritmo diagnostico consolidato per questa patologia. Sebbene alcuni adenomi possano mostrare una risposta paradosso, l'indagine risulta insufficiente e non raccomandata come procedura di prima istanza.
- **E) Dosaggio di ormone della crescita (GH) dopo test all'arginina**: L'arginina funziona da test dinamico di stimolo prevalentemente per valutare carenze secretorie in altri distretti endocrini. Nell'acromegalia l'obiettivo è documentare un eccesso patologico, pertanto si basano l'accertamento iniziale sull'IGF-I e i controlli successivi sui test di soppressione.

58 **Un uomo di 77 anni, con progressivo decadimento delle condizioni generali, all'obiettività neurologica presenta tremore a riposo, ipertonia, rigidità muscolare e micrografia. L'ipotesi diagnostica più probabile tra le seguenti è:**

A Malattia di Pick
B **Malattia di Parkinson**
C Malattia di Kreutzfeldt-Jakob
D Malattia di Alzheimer
E Sclerosi Multipla

Risposta giusta: B

Il quadro clinico descrive **tremore a riposo**, **rigidità muscolare** e **micrografia**, segni tipici del **parkinsonismo**. In un soggetto anziano con peggioramento graduale, la patologia **neurodegenerativa** cronica più frequente è il morbo di Parkinson.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Malattia di Pick**:
- **C) Malattia di Kreutzfeldt-Jakob**:
- **D) Malattia di Alzheimer**:
- **E) Sclerosi Multipla**:

---

59 **Per la prima valutazione dei disturbi cognitivi nell'anziano quale tra i seguenti è il test più appropriato?**

A Instrumental Activity of Daily Living
B Test del Quoziente Intellettivo per adulti
C **Il Mini Mental State Examination**
D Activities of Daily Living
E Geriatric Depression scale

Risposta giusta: C

Il **Mini Mental State Examination** è lo strumento preferito per uno **screening cognitivo** iniziale rapido e standardizzato. Verifica **orientamento**, **memoria** e **attenzione** per segnalare eventuali declini e programmare accertamenti più dettagliati.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Instrumental Activity of Daily Living**:
- **B) Test del Quoziente Intellettivo per adulti**:
- **D) Activities of Daily Living**:
- **E) Geriatric Depression scale**:

---

60 **Un uomo di 85 anni con febbre a 38°C e tosse da due giorni, sviluppa uno stato confusionale fluttuante durante l'arco della giornata, caratterizzato da agitazione psicomotoria e allucinazioni. Quale tra le seguenti è la diagnosi più probabile?**

A Abuso di neurolettici
B Coma diabetico
C **Delirium**
D Esordio di demenza
E Abuso di benzodiazepine

Risposta giusta: C

Il paziente presenta un alterato livello di coscienza con **esordio acuto** e **fluttuazione dei sintomi** durante la giornata. La febbre e la tosse indicano un'infezione come **fattore scatenante organico**. Agitazione psicomotoria e allucinazioni completano il quadro tipico del delirium geriatrico.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Abuso di neurolettici**: I neurolettici possono generare effetti collaterali cognitivi o motori, ma la presentazione è più coerente con uno stato confusionale secondario a patologia interna infettiva che con un'intossicazione da antipsicotici.
- **B) Coma diabetico**: Il coma diabetico comporta un progressivo abbassamento dello stato di coscienza fino al sopore, senza la caratteristica fluttuazione giornaliera né la predominanza di agitazione e allucinazioni.
- **D) Esordio di demenza**: La demenza non esorda in modo acuto in due giorni. Il delirium si distingue invece per la fluttuazione sintomatologica quotidiana e per la presenza di un chiaro fattore scatenante organico infettivo.
- **E) Abuso di benzodiazepine**: Le benzodiazepine possono provocare confusione nell'anziano, ma il quadro clinico punta a una causa medica acuta verosimilmente infettiva piuttosto che a un'intossicazione isolata.

61 **Un uomo di 45 anni, fumatore, con un'anamnesi positiva per ipercolesterolemia e diabete, si reca presso il Pronto Soccorso, lamentando da circa 48 ore episodi di intenso dolore retrosternale, a riposo, con irradiazione alla spalla sinistra della durata di cinque-dieci minuti. All'ECG, eseguito durante uno degli attacchi, si osserva un sotto-slivellamento del tratto ST di 1,5 mm in V2-V5. Le analisi di laboratorio non mostrano alterazioni degli enzimi cardiaci. Quali tra le seguenti è la diagnosi più probabile?**

- **A** **Angina instabile**
- B Scompenso cardiaco
- C Cardiomiopatia tako tsubo
- D Angina stabile
- E Infarto miocardico acuto

Risposta giusta: A

Il dolore retrotterno insorto a **dolore a riposo** con irradiazione alla spalla sinistra appartiene al contesto delle sindromi coronariche acute. Durante gli episodi l'ECG documenta un **sottoslivellamento ST** di $1{,}5\ \mathrm{mm}$ in V2-V5. I **enzimi cardiaci normali** dimostrano che la compromissione è transitoria. Questo profilo clinico corrisponde esattamente all'**ischemia senza necrosi**.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Scompenso cardiaco**: Lo scompenso cardiaco si caratterizza per dispnea progressiva edemi periferici ortopnea e segni di sovraccarico voluimico. Il quadro attuale riporta un unico sintomo predominante: il dolore toracico ischemico ricidivante.
- **C) Cardiomiopatia tako tsubo**: La cardiomiopatia da tako-tsubo può mimare un infarto ma insorge quasi sempre dopo un evento stressante rilevante. La conferma dipende da quadri ecocardiografici specifici come la disfuzione apicale. La sintomatologia riferita è fisiologicamente attribuibile a una lesione coronarica complessa.
- **D) Angina stabile**: L'angina stabile si manifesta prevalentemente sotto sforzo o stress mentale. È prevedibile nella soglia sintomatica e regredisce rapidamente col riposo. Il paziente invece presenta dolori spontanei con evoluzione recente e sfavorevole.
- **E) Infarto miocardico acuto**: La diagnosi di infarto richiede un rialzo significativo dei biomarcatori di necrosi miocardica. In presenza di valori enzimatici entro i limiti si esclude il danno cellulare definitivo. Le modifiche elettrocardiografiche appaiono solo durante la crisi dolorosa.

62 **Il farmaco di prima linea, in assenza di controindicazioni, in una paziente di 54 anni con diagnosi di angina stabile riscontrata durante una visita presso l'ambulatorio di cardiologia è:**

A Digossina

B Beta-bloccante

C Nitrato a lunga durata d'azione

D Ranolazina

E Ivabradina

Risposta giusta: B

Nell'angina stabile il **beta-bloccante** rappresenta la scelta iniziale poiché favorisce la **riduzione del consumo di ossigeno miocardico** e il **controllo della frequenza cardiaca**. L'utilizzo primario migliora la tolleranza allo sforzo e previene gli attacchi dolorosi. Si evita solo in presenza di bradicardia marcata, asma bronchiale non controllata o gravi disturbi della conduzione.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Digossina**: La digossina non rientra nei protocolli iniziali per l'angina stabile. Trova indicazione specifica nel controllo della frequenza nelle aritmie quali la fibrillazione atriale e nella gestione di alcune forme selezionate di scompenso cardiaco.
- **C) Nitrato a lunga durata d'azione**: I nitrati a lunga durata controllano la sintomatologia ma non assicurano lo stesso beneficio emodinamico sui consumi miocardici. Vengono impiegati come aggiunta terapeutica o alternativa quando i beta-bloccanti risultano controindicati o mal tollerati.
- **D) Ranolazina**: La ranolazina non costituisce la linea terapeutica iniziale. Si riserva esclusivamente ai pazienti con sintomi persistenti nonostante il regime standard oppure quando beta-bloccanti e nitrati sono inadatti o dimostrano efficacia insufficiente.
- **E) Ivabradina**: L'ivabradina non è il trattamento iniziale raccomandato. Viene mantenuta per soggetti selezionati con frequenza cardiaca elevata refrattaria, soprattutto se i beta-bloccanti non sono ben tollerati o risultano insufficienti, senza sostituire la terapia fondamentale.

63 **Lo spostamento verso l'atrio sinistro in sistole dei lembi della valvola mitrale, senza ispessimento, è segno ecocardiografico suggestivo di quale lesione valvolare?**

- **A** **Prolasso della valvola mitrale**
- **B** Insufficienza valvolare grave
- **C** Stenosi mitralica
- **D** Endocardite reumatica
- **E** Endocardite infettiva

Risposta giusta: A

Lo spostamento dei **lembi** della valvola mitrale verso l'**atrio sinistro** durante la **sistole**, in assenza di **ispessimento**, rappresenta il reperto ecocardiografico caratteristico del **prolasso**. Questo fenomeno meccanico indica un eccesso di tessuto che si ritrae oltre il piano anulare, distinguendosi nettamente dai processi infiammatori o degenerativi strutturali.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Insufficienza valvolare grave**: L'insufficienza valvolare grave può essere una conseguenza diretta del prolasso, ma il reperto ecocardiografico menzionato identifica primariamente il prolasso stesso e non genericamente la gravità del rigurgito.
- **C) Stenosi mitralica**: Nella stenosi mitralica il disturbo consiste nell'apertura ridotta dei lembi, che appaiono ispessiti e presentano mobilità limitata, escludendo dunque il classico spostamento sistolico verso l'atrio sinistro.
- **D) Endocardite reumatica**: La patologia reumatica provoca tipicamente ispessimento, retrazione e deformazione dei lembi, incompatibile con il movimento libero e privo di ispessimento descritto nel caso.
- **E) Endocardite infettiva**: Nell'endocardite infettiva si osservano vegetazioni, distruzione valvolare o insorgenza improvvisa dell'insufficienza, elementi assenti nel semplice prolasso dei lembi senza ispessimento.

64 **Ad un uomo di 50 anni è stata diagnosticata cardiomiopatia dilatativa idiopatica. È stata prescritta una terapia a base di ACE-inibitori e betabloccanti. In questo caso sarebbe necessario prescrivere anche una terapia a base di:**

A Antialdosteronici e calcioantagonisti
B Calcioantagonisti e SGLT2 inibitori
C Cortisonici e diuretici
D Digossina e calcioantagonisti
E Antialdosteronici e SGLT2 inibitori

Risposta giusta: E

La terapia attuale per lo scompenso con frazione di eiezione ridotta si basa su quattro farmaci fondamentali. Ai già indicati ACE-inibitori e betabloccanti si aggiungono gli antialdosteronici e gli inibitori SGLT2 per migliorare la **prognosi** e ridurre le **ospedalizzazioni**. Questo schema d'associazione modifica il decorso della malattia.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Antialdosteronici e calcioantagonisti**: Gli antialdosteronici costituiscono una pietra miliare della gestione dello scompenso cronico. Il secondo elemento contiene erroneamente i calcioantagonisti che possono dimostrare effetti controproducenti.
- **B) Calcioantagonisti e SGLT2 inibitori**: Gli inibitori SGLT2 sono perfettamente coerenti con le raccomandazioni cliniche attuali. I calcioantagonisti risultano invece inappropriati poiché potrebbero aggravare l'insufficienza sistolica.
- **C) Cortisonici e diuretici**: I cortisonici sono controindicati nella forma idiopatica se non in rari casi specifici. I diuretici gestiscono solo la congestione ma non offrono alcun effetto sul rimodellamento cardiaco.
- **D) Digossina e calcioantagonisti**: La digossina è riservata al controllo sintomatologico o della frequenza senza vantaggi sulla sopravvivenza. I calcioantagonisti non rientrano nelle linee guida e alcuni possono deprimere la contrattilità miocardica.

65 **Una donna di 77 anni viene valutata per un possibile impianto di pacemaker. Indicazione certa all'impianto di pacemaker in caso di blocco Atrio-Ventricolare (A-V) viene data:**

A Dalle malattie neuromuscolari con blocco A-V di I grado

B **Dal blocco A-V di III grado o di II grado avanzato sintomatico**

C Dal blocco A-V di I grado

D Dal blocco A-V di II grado tipo 1 asintomatico

E Dal blocco A-V di II grado con QRS stretti

Risposta giusta: B

L'impianto si rende necessario quando c'è una **conduzione** gravemente compromessa. Il blocco di terzo grado interrompe completamente gli impulsi verso i ventricoli. Il blocco di secondo grado avanzato sintomatico provoca **bradicardia** grave, sincope o instabilità emodinamica.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Dalle malattie neuromuscolari con blocco A-V di I grado**: Le patologie neuromuscolari sistemiche possono coinvolgere il sistema di conduzione cardiaca e richiedono attento follow-up. La presenza isolata di un ritardo di conduzione di primo grado non soddisfa i criteri diagnostici per un'indicazione stabile al pacemaker.
- **C) Dal blocco A-V di I grado**: Il disturbo consiste nel semplice prolungamento del periodo PR senza interruzione dell'impulso. La trasmissione atrioventricolare rimane funzionale e il decorso è generalmente asintomatico, richiedendo il dispositivo solo in casi eccezionali.
- **D) Dal blocco A-V di II grado tipo 1 asintomatico**: Il blocco di secondo grado tipo Mobitz I presenta un andamento ciclico tipico e tende spesso alla regressione spontanea. Quando è asintomatico ha una prognosi favorevole ed esclude qualsiasi indicazione all'impianto.
- **E) Dal blocco A-V di II grado con QRS stretti**: La morfologia a **QRS stretto** localizza il blocco a livello del nodo atrioventricolare superiore. Questo parametro elettrocardiografico non determina da solo la decisione terapeutica, che dipende esclusivamente dalla sintomatologia clinica e dal contesto generale.

66 **Una paziente di 45 anni senza precedenti cardiovascolari salvo la presenza di ipertensione arteriosa in terapia con ramipril a basso dosaggio, si reca in Pronto Soccorso per un dolore toracico anteriore che non si modifica con lo sforzo ma con gli atti del respiro. Viene dosata la troponina ad alta sensibilità che risulta elevata, mentre l'ECG mostra un quadro compatibile con ripolarizzazione precoce e una frequenza cardiaca di 70 bpm. Qual è la diagnosi più probabile tra le seguenti?**

A Insufficienza mitralica da rottura di muscolo papillare
B Ulcera peptica
C **Miopericardite acuta**
D Sindrome di Wolff-Parkinson-White
E Reflusso gastroesofageo

Risposta giusta: C

Il dolore toracico che varia con la respirazione indica un'origine **pleurite**, mentre l'elevazione della **troponina** conferma il coinvolgimento del **miocardio**. La combinazione dei dati clinici esclude una sindrome coronarica acuta e orienta verso un'infiammazione acuta che interessa pericardio e muscolo cardiaco. L'ECG mostra una semplice ripolarizzazione precoce, reperto compatibile e non diagnostico per ischemia.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Insufficienza mitralica da rottura di muscolo papillare**: Rappresenta una complicanza meccanica di un infarto miocardico acuto, caratterizzata da instabilità emodinamica e quadro clinico grave. Non spiega il dolore influenzato dagli atti respiratori né il reperto elettrocardiografico osservato.
- **B) Ulcera peptica**: Può manifestarsi con dolore epigastrico o retrosternale, ma non determina mai un aumento della troponina. Le caratteristiche del dolore descritto sono inoltre nettamente infiammatorie piuttosto che digerenti.
- **D) Sindrome di Wolff-Parkinson-White**: Richiederebbe un tracciato specifico con intervallo PR accorciato e **onda delta**. Inoltre non giustificherebbe né la sintomatologia pleuritica né il rialzo del marcatore biologico.
- **E) Reflusso gastroesofageo**: È una causa frequente di sintomo toracico non cardiaco, ma non eleva i valori enzimatici cardiaci. Il legame diretto con la respirazione punta invece verso un processo flogistico pleuro-pericardico.

67 **Un uomo di 70 anni si reca in Pronto Soccorso per un quadro di scompenso cardiaco congestizio secondario ad una pericardite costrittiva con funzione cardiaca altrimenti conservata. Quale di queste opzioni terapeutiche rappresenta il trattamento più adeguato?**

- **A** **Diuretici e chirurgia quando possibile**
- **B** Beta bloccanti e ACE inibitori
- **C** Pericardiocentesi precoce
- **D** Inotropi per via endovenosa
- **E** FANS, cortisonici e pericardiocentesi in caso di mancata risposta

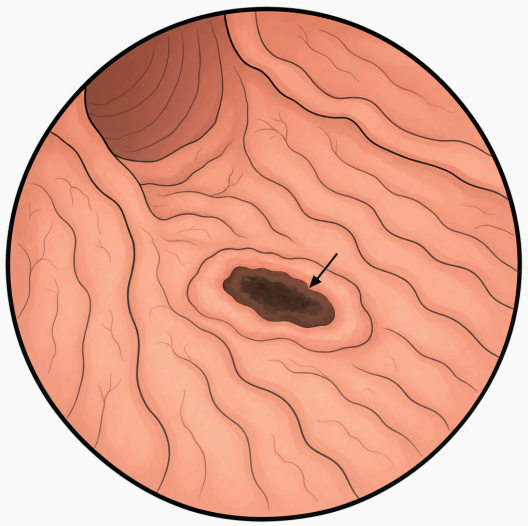
Risposta giusta: A

Nella pericardite costrittiva il **pericardio rigido** ostacola il **riempimento diastolico**, lasciando intatta la **contrattilità sistolica**. La terapia iniziale mira a controllare la congestione attraverso i **diuretici**. Il trattamento definitivo è la **pericardiectomia chirurgica** quando le condizioni cliniche lo permettono.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Beta bloccanti e ACE inibitori**: Beta blocchanti e ACE inibitori regolano il rimodellamento e l'afterload nello scompenso sistolico. Qui il muscolo ventricolare conserva la sua forza e non possono rimuovere il limite fisico imposto dalle pareti pericardiche. Il loro utilizzo potrebbe inoltre ridurre criticamente la frequenza cardiaca necessaria al riempimento.
- **C) Pericardiocentesi precoce**: La pericardiocentesi precoce è riservata al tamponamento cardiaco indotto da versamenti voluminosi. Non allevia la costrizione generata dall'ispessimento calcifico o fibroso della membrana. L'aspirazione di eventuale fluido residuo lascia intatto il meccanismo ostruttivo principale.
- **D) Inotropi per via endovenosa**: Gli inotropi endovenosi potenziano la gittata in contesti ipocinetici a bassa gittata sistemica. In questo quadro la pompa ventricolare funziona correttamente e il collasso emodinamico dipende esclusivamente dalla restrizione diadica. Non forniscono benefici e espongono a rischi aritmici maggiori.
- **E) FANS, cortisonici e pericardiocentesi in caso di mancata risposta**: I FANS e i cortisonici agiscono sull'infiammazione e sono utili nelle fasi acute o essudative. Nella forma cronica il danno è strutturale e meccanico. La pericardiocentesi evacua solo il liquido intracavitario, senza modificare la fibrosi parietale che determina il vincolo.

68 **Un paziente di 85 anni giunge all'ambulatorio di Endoscopia Digestiva per eseguire una esofagogastroduodenoscopia (EGDS) in seguito a riferita emissione di feci scure con riscontro agli esami ematochimici di anemia (Hb: 9.8 g/dL) ipocromica microcitica. L'EGDS mostra in sede antrale il quadro riportato. Qual è la diagnosi endoscopica di quanto osservato?**



- **A** **Ulcera gastrica antrale tipo Forrest IIc**
- **B** Polipo iperplastico
- **C** Ulcera gastrica antrale tipo Forrest III
- **D** Singola formazione diverticolare dell'antro gastrico
- **E** Ulcera gastrica antrale tipo Forrest I

Risposta giusta: A

Il reperto endoscopico evidenzia un'**ulcera gastrica** con stigmata di sanguinamento pregresso. Secondo la **classificazione di Forrest**, il tipo IIc indica la presenza di **ematina aderente** o macchia pigmentata. Questa immagine esclude l'emorragia attiva ed è perfettamente compatibile con il contesto clinico di feci scure e anemia ipocromica microcitica.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Polipo iperplastico**: Un polipo iperplastico presenta un aspetto endoscopico completamente diverso, caratterizzato da una formazione rilevata e circoscritta, priva della morfologia ulcerata e degli stigmata.
- **C) Ulcera gastrica antrale tipo Forrest III**: Il tipo Forrest III corrisponde a una lesione con **base pulita** e assenza di stigmata emorragici, contrariamente al segno di sanguinamento recente evidente nella figura.
- **D) Singola formazione diverticolare dell'antro gastrico**: Una formazione diverticolare si configura come una tasca o estroflessione della parete gastrica, una evenienza rara e morfologicamente incompatibile con una lesione ulcerata.
- **E) Ulcera gastrica antrale tipo Forrest I**: Il tipo Forrest I descrive uno **sanguinamento attivo** per spurging o oozing, un quadro immediatamente drammatico e distinto dal reperto osservato.

69 **Un paziente di 63 anni affetto da cirrosi epatica dismetabolica ed alcool relata è stato recentemente dimesso dal reparto di gastroenterologia dove era stato ricoverato per stato confusionale secondario ad encefalopatia epatica. Quale fra le terapie sottoelencate è più appropriata per la prevenzione della recidiva di encefalopatia epatica?**

A Lattulosio/lattitolo + canrenone
B Lattulosio/lattitolo + furosemide
C Lattulosio/lattitolo + metronidazolo
D **Lattulosio/lattitolo + rifaximina**
E Lattulosio/lattitolo + propranololo

Risposta giusta: D

Il cardine nella prevenzione delle recidive di encefalopatia epatica è il **lattulosio**, che riduce l'assorbimento intestinale di **ammoniaca** favorendo l'eliminazione delle sostanze azotate. Nei soggetti con pregresso episodio, l'associazione con **rifaximina** risulta più appropriata poiché modula la **flora batterica** diminuendo ulteriormente la produzione di tossine uremiche. Questa combinazione costituisce lo standard terapeutico per la profilassi secondaria grazie al sinergismo d'azione e all'ottima tollerabilità sistemica.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Lattulosio/lattitolo + canrenone**: Il canrenone è un antagonista specifico dell'aldosterone impiegato come diuretico preservante il potassio nel trattamento farmacologico dell'ascite da scompenso circolatorio epatico, ma non modula la sintesi batterica di neurotrasmettitori inibitori né interferisce con la clearance ammoniacale intestinale.
- **B) Lattulosio/lattitolo + furosemide**: La furosemide è un diuretico della catena loop utilizzato per gestire ascite o edemi periferici, ma non esercita alcun effetto diretto sulla depurazione enterica dell'azoto o sull'eubiosi intestinale necessaria a prevenire gli eventi encefalopatici.
- **C) Lattulosio/lattitolo + metronidazolo**: Il metronidazolo possiede attività antibatterica antianaerobia in grado di ridurre temporaneamente il bacilli enterici produttori di ammoniaca, tuttavia la sua somministrazione viene evitata nei programmi di mantenimento a causa della tossicità neurologica cumulativa e della scarsa aderenza a lungo termine, essendo stato formalmente surclassato dalla rifaximina.
- **E) Lattulosio/lattitolo + propranololo**: Il propranololo è un beta-bloccante non selettivo impiegato nella profilassi primaria e secondaria del sanguinamento da rotture varicose esofagee tramite riduzione della pressione portale sistemica, senza alcun ruolo riconosciuto nella regolazione del metabolismo delle ammine cerebralmente attive.

70 **Ad un paziente di 80 anni con storia di pregressa ulcera gastrica viene prescritto acido acetilsalicilico a basse dosi. Quale ulteriore farmaco è bene che venga prescritto?**

A Misoprostolo ad alte dosi per os

B Inibitore di pompa protonica per os

C Sucralfato per os

D Misoprostolo a dose standard per os

E Dispositivo medico con idrossido di alluminio e acido ialuronico per os

Risposta giusta: B

Il paziente anziano con **storia di ulcera** presenta un **rischio emorragico** elevato. L'**acido acetilsalicilico** aumenta la probabilità di recidiva delle lesioni. È necessaria una **gastroprotezione** mirata. L'**inibitore di pompa protonica** costituisce la strategia più consolidata per ridurre le complicanze ulcerose.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Misoprostolo ad alte dosi per os**: Incrementare la posologia aggravà il profilo di effetti indesiderati gastrointestinali. Un dosaggio maggiore non migliora l'efficacia complessiva rispetto alla terapia standard.
- **C) Sucralfato per os**: Il sucralfato non garantisce la medesima efficacia documentata nell'evitare il sanguinamento gastrointestinale associato ad aspirina. Rappresenta un'alternativa solo in scenario clinici specifici e circoscritti.
- **D) Misoprostolo a dose standard per os**: Il misoprostolo protegge la mucosa ma provoca frequentemente diarrea e crampi addominali. La sua scarsa tollerabilità lo relega a seconda scelta nella pratica clinica.
- **E) Dispositivo medico con idrossido di alluminio e acido ialuronico per os**: Il dispositivo a base di idrossido di alluminio e acido ialuronico esercita un'azione protettiva e sintomatica limitata. Non sostituuisce la copertura farmacologica obbligatoria per la prevenzione dell'ulcera da antiaggregante.

71 **In un paziente di 74 anni ricoverato in un reparto di Pneumologia per dispnea acuta non febbrile ed insufficienza respiratoria acuta ipossiemica di natura da definire, con RX torace che non mostra nessuna lesione a focolaio, quale tra i seguenti accertamenti diagnostici è irrinunciabile?**

A Ricerca antigeni urinari Legionella pneumophila e Streptococcus pneumoniae

B **Dosaggio D-dimero ematico**

C TC torace senza contrasto

D Mioglobinemia

E Procalcitoninemia

Risposta giusta: B

In un paziente anziano con dispnea acuta e ipossiemia da radiografia del torace negativa va esclusa prioritariamente l'embolia polmonare. Il dosaggio del D-dimero è un accertamento fondamentale perché orienta rapidamente la diagnosi e, se risultato negativo con bassa probabilità clinica, rende il disturbo molto improbabile. Questo esame si configura quindi come indispensabile nel percorso diagnostico iniziale.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Ricerca antigeni urinari Legionella pneumophila e Streptococcus pneumoniae**: La ricerca degli antigeni urinari per Legionella pneumophila e Streptococcus pneumoniae è indicata quando si sospetta una polmonite. In questo caso la radiografia non mostra focolai e il quadro clinico non presenta febbre, quindi questi test non costituiscono la scelta prioritaria.
- **C) TC torace senza contrasto**: L'esecuzione di una TC torace senza contrasto non è appropriata come primo passo diagnostico. Quando si sospetta un'embolia polmonare è necessario richiedere una TC con mezzo di contrasto nota come angioTC.
- **D) Mioglobinemia**: La mioglobinemia valuta la presenza di danni muscolari o una eventuale rabdomiolisi. Tale parametro risulta completamente irrilevante per la gestione del percorso diagnostico legato alla dispnea acuta descritta.
- **E) Procalcitoninemia**: La procalcitoninemia può orientare verso un'infezione batterica ma non è considerata un esame irrinunciabile in questo specifico scenario. Non risponde al quesito principale di identificare la causa della dispnea acuta ipossiemica con una radiografia del torace negativa.

73 **Una donna di 65 anni, ex fumatrice di 40 pack-years, affetta da BPCO con VEMS pari al 28% del teorico (ultima spirometria eseguita circa sei mesi fa) giunge all'osservazione con la seguente emogasanalisi arteriosa eseguita mentre la paziente respirava aria ambiente: pH=7,35, PaO2=40 mmHg, PaCO2=55 mmHg, HCO3-=27 mmol/L. Questa emogasanalisi è più indicativa di una paziente con:**

A Insufficienza respiratoria globale acuta su cronica con acidosi respiratoria scompensata

B Alcalosi respiratoria

C Alcalosi metabolica

D Acidosi metabolica pura

E Insufficienza respiratoria acuta parziale con acidosi respiratoria compensata

Risposta giusta: E

L'emogasanalisi documenta **ipossiemia** e **ipercapnia** con $\mathrm{pH} \approx 7{,}35$ e $[\mathrm{HCO}_3^-] = 27\ \mathrm{mmol/L}$. Questo schema fisiopatologico indica un **compenso** renale attivo a un disturbo respiratorio di base. Tra le opzioni disponibili, questa configurazione corrisponde alla scelta corretta.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Insufficienza respiratoria globale acuta su cronica con acidosi respiratoria scompensata**: Descriverebbe uno stato acuto privo di adeguato adattamento renale, con conseguente pH marcatamente inferiore a $7{,}35$, diversamente dallo scenario stabile presentato.
- **B) Alcalosi respiratoria**: Implicherebbe una $PaCO_2$ ridotta da iperventilazione, in netta opposizione all'ipercapnia rilevata nell'esame.
- **C) Alcalosi metabolica**: Richiederebbe pH alcalino e alterazione metabolica primaria, mentre i valori mostrano pH al limite acido ed è la $PaCO_2$ il parametro elevato.
- **D) Acidosi metabolica pura**: Prevedrebbe bicarbonati diminuiti e $PaCO_2$ bassa da compenso ventilatorio, incompatibili con il rialzo simultaneo dei parametri respiratori.

74 **I “criteri di Duke modificati” per la diagnosi di endocardite infettiva sono distinti in criteri maggiori e criteri minori. Tra i seguenti NON è un criterio maggiore:**

A Significativa insufficienza valvolare di nuova insorgenza

B **Fenomeni vascolari**

C Una singola emocoltura positiva per Coxiella burnetii

D Due distinte emocolture positive per Streptococcus bovis

E Ecocardiogramma positivo per nuova parziale deiscenza di protesi valvolare

Risposta giusta: B

I **criteri maggiori** si basano su evidenze ecocardiografiche dirette e documentazioni microbiologiche tipiche o atipiche. I **fenomeni vascolari** sono invece classificati come criteri minori, poiché rappresentano segni clinici suggestivi ma non sufficientemente specifici. La domanda chiede esplicitamente l'elemento escluso dai parametri principali.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Significativa insufficienza valvolare di nuova insorgenza**: Classificato come criterio maggiore. La comparsa improvvisa di un'insufficienza valvolare significativa segnala un danneggiamento strutturale tipico del processo infettivo.
- **C) Una singola emocoltura positiva per Coxiella burnetii**: Rientra tra i criteri maggiori. Coxiella burnetii rappresenta un'eccezione patognomonica: la positività di un'unica emocoltura è sufficiente per il riconoscimento diagnostico grazie alla sua marcata rilevanza clinica.
- **D) Due distinte emocolture positive per Streptococcus bovis**: Corrisponde a un criterio maggiore. La presenza di Streptococcus bovis in due emocolture distinte ha un elevatissimo peso diagnostico per la sua specifica associazione con l'endocardite.
- **E) Ecocardiogramma positivo per nuova parziale deiscenza di protesi valvolare**: Rientra nei criteri maggiori. La deiscenza parziale di una protesi valvolare è un reperto ecocardiografico altamente specifico e direttamente correlato all'infezione endocardica.

75 **Un paziente con sintomi di meningite acuta presenta esami ematochimici nella norma. La rachicentesi evidenzia un liquor con una pressione di 35 cm H2O, limpido, con leucociti 460/mm3 (linfo-monociti 89%), protidorrachia 42 mg/dL e glicorrachia 56 mg/dL (con glicemia 88 mg/dL). Quale tra le seguenti è la diagnosi più probabile?**

- **A** **Meningite da enterovirus**
- **B** Meningoencefalite da Cryptococcus neoformans
- **C** Meningoencefalite da amebe a vita libera
- **D** Meningite pneumococcica
- **E** Meningite da Haemophilus influenzae

Risposta giusta: A

Il liquido presenta pressione elevata ($35\ \mathrm{cm\ H_2O}$), limpidità e un profilo di **pleiocitosi moderata** ($460/\mathrm{mm^3}$) con netta prevalenza linfomonocitaria ($89\ \%$). La glicorrachia è conservata ($56\ \mathrm{mg/dL}$ rispetto a $88\ \mathrm{mg/dL}$) e le proteine solo lievemente alterate ($42\ \mathrm{mg/dL}$), indicando chiaramente un'**etiologia virale** tipica degli enterovirus.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Meningoencefalite da Cryptococcus neoformans**: Cryptococcus neoformans può mostrare liquor limpido e pressione alta ma colpisce principalmente soggetti immunodepressi. L'analisi rivela solitamente una pleiocitosi più modesta e decorre in fase subacuta anziché acuta.
- **C) Meningoencefalite da amebe a vita libera**: Le amebe a vita libera causano un'infezione rarissima con evoluzione fulminante e rapidamente progressiva. Il liquido mostra alterazioni severe e compaiono segni clinici gravi con coinvolgimento encefalico diffuso.
- **D) Meningite pneumococcica**: La meningite pneumococcica induce un liquor francamente infiammatorio con infiltrato neutrofilico massiccio. Si riscontra ipoglicorrachia marcata e aumento rilevante delle proteine, dati incongruenti con i risultati del paziente.
- **E) Meningite da Haemophilus influenzae**: Haemophilus influenzae provoca una reazione batterica che rende il liquor torbido o purulento. Il quadro atteso mostra neutrofili predominanti, proteine alte e glucosio ridotto.

76 **Un uomo di 75 anni con cardiopatia ischemica nota viene accompagnato in Pronto Soccorso per la comparsa nella notte di dispnea ingravescente. All'arrivo il paziente è vigile e tachi- dispnoico. All'auscultazione del torace si riscontano bilateralmente rumori umidi "a marea montante". La pressione arteriosa è 185/90 mmHg, la frequenza cardiaca è 130 bpm con PaO2 45 mmHg in area ambiente e pH 7,33. Quale tra i seguenti è il primo provvedimento da intraprendere?**

A Posizionamento di lacci emostatici a rotazione sui quattro arti

B **Ventilazione meccanica non invasiva**

C Somministrazione di furosemide per os

D Fluidoterapia

E Somministrazione di dopamina

Risposta giusta: B

Il paziente presenta un quadro di **edema polmonare acuto cardiogeno** in emergenza ipertensiva. La priorità è migliorare rapidamente gli scambi gassosi e ridurre il lavoro respiratorio. La **ventilazione non invasiva** soddisfa questo obiettivo grazie alle **pressioni positive**, che diminuiscono simultaneamente precarico e postcarico, alleggerendo il carico ventricolare.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Posizionamento di lacci emostatici a rotazione sui quattro arti**: L'applicazione rotativa di lacci emostatici ai quattro arti costituisce una pratica storica priva di validità clinica attuale. Non esiste alcuna evidenza che supporti il suo utilizzo nel management moderno dell'insufficienza respiratoria acuta.
- **C) Somministrazione di furosemide per os**: La furosemide per os risulta inappropriata nella fase iniziale per via dell'assorbimento troppo lento e instabile. L'efficacia terapeutica richiede una terapia **endovenosa** immediata, riservata dopo il controllo iniziale della ventilazione e degli scambi gassosi.
- **D) Fluidoterapia**: La fluidoterapia è fortemente controindicata in presenza di congestione polmonare cardiogena. L'infusione di liquidi incrementerebbe il volume intravascolare, peggiorando il sovraccarico polmonare e mantenendo valori di ossigenazione critici ($\mathrm{PaO_2}\ 45\ \mathrm{mmHg}$).
- **E) Somministrazione di dopamina**: La dopamina è indicata nello **shock** o nell'ipotensione grave. In un paziente con pressione arteriosa elevata ($185/90\ \mathrm{mmHg}$) e tachicardia ($130\ \mathrm{bpm}$), somministrare un inotropo sarebbe fuori bersaglio e rischierebbe di aggravare l'ischemia miocardica.

77 **Un uomo di 30 anni viene rinvenuto in un giardino pubblico dal personale del 118 privo di coscienza, bradipnoico e con polso conservato. Sono evidenti segni di recente venopuntura ed è presente un laccio emostatico. Le pupille sono miotiche, la pressione è 90/60 mmHg. Il farmaco da somministrare tra i seguenti è:**

A Flumazenil
B Pralidossima
C Fisostigmina
D Diazepam
E **Naloxone**

Risposta giusta: E

Il quadro clinico suggerisce un'**intossicazione da oppioidi**. La presenza di incoscienza, **bradipnea**, **miosi** e ipotensione, unita ai segni di recente inoculo endovenoso, orienta verso una overdose. Il farmaco di scelta è il **naloxone**, che inverte rapidamente la **depressione respiratoria**.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Flumazenil**: Il flumazenil è l'antidoto specifico delle benzodiazepine ma non è indicato qui. La clinica non supporta un'intossicazione da psicotropi GABAergici e il suo uso potrebbe scatenare convulsioni in caso di poliassunzione.
- **B) Pralidossima**: La pralidossima si impiega nell'avvelenamento da organofosforici, spesso associata ad atropina. Mancano i segni tipicamente muscarinici e nicotinici come broncoconstrizione, ipersalivazione e fascicolazioni muscolari.
- **C) Fisostigmina**: La fisostigmina è un inibitore dell'acetilcolinesterasi utilizzato in sindromi anticolinergiche selettive. Non ha efficacia nella depressione da oppiacei e il suo impiego può risultare tossico o aritmogeno.
- **D) Diazepam**: Il diazepam è una benzodiazepina che deprime ulteriormente il sistema nervoso centrale. In questo contesto aggraverebbe la bradipnea e l'incoscenza invece di risolverle.

78 **Un uomo di 80 anni presenta da alcuni giorni febbre e otalgia per cui ha utilizzato antibiotico topico. Per la persistenza della sintomatologia il paziente si reca in Pronto Soccorso. Gli accertamenti laboratoristici rilevano una leucocitosi neutrofila e aumento della proteina C reattiva. Durante l'osservazione al PS il paziente sviluppa un picco febbrile con rigidità nucale e successiva riduzione dello stato di coscienza fino al coma. Tra le seguenti l'ipotesi più probabile è che il paziente abbia sviluppato:**

A Una perforazione timpanica

B **Una meningite secondaria a otite da Streptococcus pneumoniae**

C Uno "stroke" emorragico

D Uno "stroke" ischemico

E Uno stato di male epilettico

Risposta giusta: B

Il quadro clinico indica un'estensione dell'**infezione** dalle vie auricolari alle **meningi**. La **febbre**, la **rigidità nucale** e il rapido deterioramento della coscienza fino al **coma** caratterizzano la meningite acuta.
Nell'anziano con otite persistente, lo *Streptococcus pneumoniae* rappresenta il patogeno più frequente di questa complicanza batterica.

Perché le altre sono sbagliate

- **A)** Una perforazione timpanica è una possibile complicanza locale dell'otite che provoca otorrea e dolore. Da sola non giustifica il peggioramento neurologico grave osservato nel paziente né la comparsa di rigidità nucale e coma.
- **C) Uno "stroke" emorragico**: Uno stroke emorragico può causare riduzione dello stato di coscienza ma non giustifica la febbre associata a leucocitosi neutrofila e rigidità nucale. Il quadro clinico e di laboratorio evidenzia chiaramente una patologia infettiva anziché vascolare.
- **D) Uno "stroke" ischemico**: Uno stroke ischemico può produrre coma o deficit neurologici importanti ma non spiega la febbre elevata e i segni meningei. Gli esami del sangue mostrano leucocitosi neutrofila e proteina C reattiva aumentata, fattori che rafforzano l'ipotesi di un processo infiammatorio sistemico.
- **E)** Uno stato di male epilettico può alterare la coscienza ma non spiega la triade sintomatologica registrata. Il dato chiave rimane la combinazione di febbre, rigidità nucale e coma che orienta verso un'infezione delle coperture cerebrali.

79 **Un paziente di 56 anni si presenta in Pronto Soccorso con dolore diffuso in zona epigastrica. Appare ansioso, agitato, in cerca di una posizione per alleviare il dolore. Sono presenti sudorazione profusa, bradicardia, extrasistoli. L'accompagnatore ha riferito che il paziente accusava nausea e ha avuto 2 episodi di vomito alimentare circa 40 minuti prima. Si procede all'effettuazione di un ECG, emocromo, dosaggio enzimi specifici (Troponina, CPK, SGOT, LDH), RX torace, ecocardiogramma ed eco addome. Sono presenti leucocitosi ed iperglicemia. Si rimane in attesa del referto di enzimi specifici. Il referto dell'ECG è il seguente. Alla luce del quadro clinico ed elettrocardiografico, quale tra le seguenti è la diagnosi più probabile?**

A Pericardite acuta
B Blocco di branca dx
C NSTEMI
D ECG nella norma
E **STEMI**

Risposta giusta: E

Il quadro clinico con dolore epigastrico, sudorazione profusa, nausea, vomito, agitazione e bradicardia è altamente suggestivo per una **sindrome coronarica acuta**. Questi segni atipici orientano frequentemente verso un interessamento della **parete inferiore** del cuore. L'elettrocardiogramma rappresenta lo strumento diagnostico fondamentale: il **sopraslivellamento del tratto ST** in un territorio vascolare compatibile conferma immediatamente la patologia. I dosaggi enzimatici servono a valutare il **danno miocardico** ma non devono ritardare la gestione urgente del paziente.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Pericardite acuta**: La pericardite acuta produce solitamente dolore toracico meglio tollerato in posizione eretta e inclinata in avanti. Il suo tracciato mostra spostamenti diffusi del segmento ST accompagnati da depressione del complesso P-R, privo della localizzazione anatomica tipica degli eventi ischemici focali.
- **B) Blocco di branca dx**: Un blocco di branca destra può alterare l'ampiezza o la morfologia delle onde nel tracciato e talvolta compromettere la lettura dei segmenti elettrici. Da solo non spiega un contesto clinico così aggressivo e coerente con un'ischemia acuta diffusamente sintomatica.
- **C) NSTEMI**: La sindrome coronarica acuta priva di spostamenti positivi del segmento ST viene classificata diversamente quando il tracciato mostra chiaramente alterazioni necrotiche attive. Se l'elettrocardiogrammo evidenzia segni tipici di infarto con espansione del tratto ST, la definizione corretta non include la variante non complicata.
- **D) ECG nella norma**: Un elettrocardiogramma nella norma risulta incompatibile con un paziente sintomatico ad alta probabilità di evento coronarico. La leucocitosi, l'iperglicemia e i segnali di sofferenza vegetativa rendono impossibile una diagnosi di normalità.

80 **Una donna di 59 anni, nepalese, non fumatrice, giunta in Italia da circa un mese, si presenta dal medico con tosse, febbricola serotina ed un recente episodio di emottisi. Riferisce calo ponderale di 2 Kg negli ultimi 2 mesi, nessuna comorbidità. Quale tra le seguenti è la diagnosi più probabile?**

A Edema polmonare
B BPCO
C **Tubercolosi polmonare**
D Cuore polmonare acuto
E Infarto polmonare

Risposta giusta: C

Tosse, febbricola serotina, **calo ponderale** ed emottisi costituiscono il quadro sintomatologico caratteristico. La provenienza da un **Paese ad alta endemicità** rafforza fortemente l'ipotesi infettiva. L'assenza di **fumo** e comorbidità rende estremamente improbabile un'origine ostruttiva o vascolare acuta.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Edema polmonare**: L'edema polmonare presenta un esordio improvviso con difficoltà respirativa grave, ortopnea e crepitii basali. Pur potendo includere sangue nelle secrezioni bronchiali, manca completamente la componente infiammatoria subacuta e il calo ponderale che caratterizzano il caso.
- **B) BPCO**: La BPCO richiede tipicamente un'esposizione prolungata al fumo o ad agenti inalatori cronici. Il quadro clinico prevalente è dato dalla dispnea evolutiva e dalla tosse persistente, mentre i sintomi sistemici come la febbre serotina e il dimagrimento rapido sono assenti o secondari.
- **D) Cuore polmonare acuto**: Il cuore polmonare acuto rappresenta uno scompenso right-sided secondario a un'embolia massiva o a patologia vascolare polmonare severa. Si manifesta con insufficienza respiratoria fulminante e segni di sovraccarico ventricolare destro, totalmente incompatibili con la progressione lenta e febbrile descritta.
- **E) Infarto polmonare**: L'infarto polmonare può causare emottisi e dolore toracico, ma sempre in seguito a un'occlusione brusca dei vasi polmonari. Il decorso sarebbe caratterizzato da dispnea improvvisa, tachicardia e segni di shock, non da un andamento **subdolo** e protratto nel tempo.

81 **Un paziente di 65 anni, fumatore (40 pack-years), iperteso, con tosse anche produttiva, espettorato striato di sangue e dispnea si presenta in Pronto Soccorso. Non febbre, decubito indifferente, calo ponderale di 5 Kg nell'ultimo mese, senza variazione del regime alimentare. Sono stati eseguiti emocromo, ECG, RX torace e il dosaggio del BNP che risulta 80 pg/mL. In attesa degli altri referti, quale tra le seguenti è la diagnosi più probabile?**

A Edema polmonare
B Scompenso cardiaco congestizio
C **Carcinoma polmonare**
D Cardiopatia ischemica
E Pneumotorace

Risposta giusta: C

Il quadro clinico combina **fumo intenso**, **emoftoe**, **calo ponderale** rapido e **dispnea**, orientando verso una neoplasia polmonare. Il valore del BNP a $80\ \mathrm{pg/mL}$ conferma l'assenza di scompenso cardiaco significativo come causa primaria.

Perché le altre sono sbagliate

- **A)** Edema polmonare. Produce tipicamente un quadro acuto con grave dispnea, ortopnea e crepitii diffusi legati all'insufficienza cardiaca. La sintomatologia è invece subdola e cronica, accompagnata da deperimento e sangue nelle secrezioni aeree.
- **B)** Scompenso cardiaco congestizio. In questa patologia ci si aspetta ortopnea, edemi declivi, rantoli diffusi e un BNP marcatamente elevato. I dati clinici puntano invece verso un sospetto oncologico con funzionalità ventricolare conservata.
- **D)** Cardiopatia ischemica. Può causare dispnea ma richiede solitamente dolore toracico o alterazioni elettrocardiografhe ischemiche. Non giustifica in autonomia il dimagrimento netto e la presenza di sangue nell'espettorato.
- **E)** Pneumotorace. Si manifesta con esordio improvviso, dolore toracico e comparsa rapida di dispnea. Non spiega la tosse crassa persistente, le striature ematiche e la riduzione del peso corporeo nel tempo.

82 **Un paziente di 80 anni, iperteso e diabetico giunge in Pronto Soccorso accusando da alcune ore afasia, capogiri, difficoltà alla deambulazione, deviazione della rima buccale. Il quadro clinico regredisce dopo circa un'ora. Quale tra le seguenti è la diagnosi più probabile?**

- **A** **Attacco ischemico transitorio**
- **B** Infarto cerebrale
- **C** Ematoma cerebrale
- **D** Tumore cerebrale
- **E** Emorragia subaracnoidea

Risposta giusta: A

La risoluzione completa dei sintomi dopo circa un'ora orienta verso un episodio transitorio. Si tratta di un deficit neurologico focale acuto dovuto a **ischemia cerebrale** reversibile. L'età avanzata combinata a ipertensione e diabete rende molto probabile questa ipotesi grazie alla presenza di **fattori di rischio vascolari**. Il quadro funge da segnale d'allarme per un eventuale ictus futuro. La definizione moderna privilegia l'assenza di evidenze di necrosi all'imaging rispetto ai minuti impiegati.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Infarto cerebrale**: Il processo patologico è simile ma negli infarti cerebrali i sintomi permangono definitivamente. La scomparsa rapida dei segni permette di distinguere il TIA dallo stroke conclamato.
- **C) Ematoma cerebrale**: Un ematoma intracerebrale causa solitamente un quadro acuto con aggravamento rapido. I sintomi non regrediscono spontaneamente entro la prima ora.
- **D) Tumore cerebrale**: I tumori cerebrali mostrano generalmente un esordio subdolo e progressivo. Non provocano deficit acuti con remissione completa nel brevissimo periodo.
- **E) Emorragia subaracnoidea**: L'emorragia subaracnoidea si presenta tipicamente con una cefalea improvvisa e violentissima. Non simula un deficit neurologico focale isolato e transitorio.

83 **Un paziente di 68 anni lamenta astenia e dispnea. All'esame obiettivo presenta toni cardiaci parafonici, pressione arteriosa 90/70 mmHg che cala ulteriormente in fase espiratoria, turgore delle vene giugulari. All'ECG si rilevano alterazioni aspecifiche della ripolarizzazione. Quale tra le seguenti è la diagnosi più probabile?**

A Ischemia miocardica acuta
B Miocardite acuta
C Dissezione aortica
D Cardiomiopatia ipertrofica
E **Versamento pericardico**

Risposta giusta: E

Il quadro evidenzia i classici segni di **compromissione del riempimento** ventricolare. La combinazione di toni parafonici, ipotensione e turgore giugulare suggerisce un **tamponamento** cardiaco. La variazione pressoria legata al respiro conferma l'instabilità emodinamica. Le modifiche elettrocardiografiche risultano aspecifiche e compatibili.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Ischemia miocardica acuta**: L'ischemia miocardica acuta può presentare dispnea, astenia e alterazioni della ripolarizzazione ma abitualmente include un dolore toracico prominente. Un ECG ischemico risulterebbe più orientativo, mentre i segni clinici descritti sono caratteristici di una patologia pericardica spazio-occupante.
- **B) Miocardite acuta**: La miocardite acuta può manifestarsi con astenia, dispnea e alterazioni ECG aspecifiche rientrando nel differenziale iniziale. Tuttavia i toni parafonici uniti all'ipotensione e al turgore giugulare orientano decisamente verso una patologia pericardica anziché miocardica.
- **C) Dissezione aortica**: La dissezione aortica resta un'ipotesi importante da non trascurare ma mancano i sintomi tipici come il dolore toracico improvviso. Inoltre l'assenza di differenze pressorie tra gli arti rende il quadro più coerente con un versamento pericardico primario, anche se teoricamente potrebbe esservi secondario.
- **D) Cardiomiopatia ipertrofica**: La cardiomiopatia ipertrofica non rappresenta la diagnosi più probabile perché solitamente si manifesta con soffio sistolico, sincope o dispnea da sforzo. Mancano qui gli indicatori di congestione venosa giugulare associati ai toni parafonici e all'ipotensione.

84 **Un uomo di 86 anni, in terapia per scompenso cardiaco cronico, lamenta da alcuni giorni dispnea ingravescente, ortopnea e comparsa di edemi declivi. Riferisce di non aver assunto con regolarità la terapia domiciliare. Quale tra i seguenti farmaci deve essere rapidamente reintrodotto con contestuale rivalutazione della posologia?**

A Calcio antagonista
B Beta bloccante
C **Diuretico dell'ansa**
D ACE inibitore
E Antiaggregante piastrinico

Risposta giusta: C

Il quadro clinico descrive una **riacutizzazione dello scompenso cardiaco** favorita dalla **scarsa aderenza terapeutica**. I sintomi segnalano evidente **ipervolemia e congestione sistemica**. Il farmaco da ripristinare immediatamente è il **diuretico dell'ansa** perché elimina rapidamente l'eccesso di liquidi. La posologia deve essere **rivalutata** in base al volume plasmatico e alla risposta clinica.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Calcio antagonista**: Non rientra nelle linee guida per il trattamento farmacologico dello scompenso cardiaco sistolico. A seconda della struttura chimica, molti calcio-antagonisti hanno effetti negativi inotropi o vasodilatatori periferici che possono aggravare il quadro di scompenso.
- **B) Beta bloccante**: È un farmaco fondamentale nello scompenso cronico stabile, ma non va recuperato con urgenza durante una fase congestizia acuta. Se il paziente presenta instabilità emodinamica o marcata ipervolemia, il suo uso richiede cautela per non compromettere ulteriormente la gittata cardiaca.
- **D) ACE inibitore**: Rappresenta un pilastro consolidato della terapia di fondo per migliorare la sopravvivenza e limitare il remodelamento ventricolare. Nella fase acuta congestizia non viene considerato prioritario per risolvere l'ipervolemia e il suo eventuale reintegro avviene dopo stabilizzazione dei parametri metabolici e renali.
- **E) Antiaggregante piastrinico**: Non ha un ruolo terapeutico diretto nel gestire la riacutizzazione dello scompenso cardiaco. La sua somministrazione dipende esclusivamente dalla presenza di indicazioni specifiche separate, quali cardiopatia ischemica sintomatica o recenti stent coronarici.

86 **Nella malattia del rene policistico autosomica dominante (ADPKD) quale tra le seguenti è una lesione extrarenale tipica:**

A Alterazioni corneali
B Sordità
C **Aneurismi cerebrali**
D Cisti sebacee
E Alterazioni ungueali

Risposta giusta: C

Nell'ADPKD, tra le manifestazioni extrarenali più tipiche e importanti ci sono gli **aneurismi intracranici**, in particolare quelli del **circolo di Willis**. La loro rottura può causare un'emorragia subaracnoidea.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Alterazioni corneali**: Le alterazioni corneali non sono tipiche dell'ADPKD e sono più facilmente associate ad altre condizioni genetiche o metaboliche.
- **B) Sordità**: La sordità non è una manifestazione caratteristica dell'ADPKD. Può comparire in altre patologie ereditarie, ma non è un segno classico di questa malattia.
- **D) Cisti sebacee**: Le cisti sebacee non sono una manifestazione tipica dell'ADPKD. Le lesioni cutanee non rientrano tra i reperti extrarenali più caratteristici.
- **E) Alterazioni ungueali**: Le alterazioni ungueali non sono un segno tipico del rene policistico autosomico dominante.

---

87 **Una paziente di 36 anni si presenta in Pronto Soccorso con forti dolori trafittivi al quadrante addominale inferiore sx e al fianco sx che si irradiano al dorso e all'inguine. Manovra di Giordano positiva. Nausea e vomito. Nessuna comorbidità. Pressione arteriosa 150/80 mmHg, 101 bpm, SpO2 99% in aria ambiente. Quale tra le seguenti è la diagnosi più probabile?**

A Pancreatite acuta
B Colica biliare
C **Colica renale**
D Appendicite acuta
E Gravidanza extrauterina

Risposta giusta: C

Il quadro clinico mostra un **dolore trafittivo** localizzato al fianco sinistro con chiara **irradiazione** a dorso e inguine. La comparsa di nausea e vomito accompagna i disturbi delle **vie urinarie**. La **manovra di Giordano positiva** conferma l'interessamento reno-ureterale. I parametri vitali evidenziano una risposta fisiologica al dolore intenso ed escludono un quadro di **shock**.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Pancreatite acuta**: La pancreatite acuta provoca un dolore prevalentemente epigastrico che tende a irradiarsi in modo trasversale o posteriore, senza coinvolgere il fianco o l'inguine.
- **B) Colica biliare**: La colica biliare si manifesta nell'ipocondrio destro dopo pasti ricchi di grassi, con possibili referenze alla spalla o alla scapola, incompatibili con la sede dolorosa descritta.
- **D) Appendicite acuta**: L'appendicite acuta insorge tipicamente nella fossa iliaca destra e non presenta la manovra di Giordano come segno distintivo.
- **E) Gravidanza extrauterina**: La gravidanza extrauterina richiede valutazioni specifiche sui cicli mestruali, ma mancano qui segnali come ritardo del flusso o spotting ematico.

88 **Nella sindrome da lisi tumorali le seguenti manifestazioni sono tutte tipiche TRANNE una, quale?**

A Aumento della creatininemia
B Iperpotassiemia
C Iperuricemia
D Iperfosforemia
E **Iperglicemia**

Risposta giusta: E

La **distruzione massiva** delle cellule neoplastiche libera elettroliti e **acidi nucleici** nel circolo ematico. Il catabolismo degli acidi nucleici genera urato, mentre il rilascio di K^+ e PO_4^{3-} provoca **squilibri** immediati. I cristalli **precipitano** nei nefroni, compromettendo la funzionalità renale e causando un aumento della creatinina sierica.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Aumento della creatininemia**: È compatibile con la sindrome dato che l'iperuricemia e la precipitazione di cristalli causano insufficienza renale acuta, con conseguente aumento della creatininemia.
- **B) Iperpotassiemia**: È frequente e pericolosa poiché il contenuto intracellulare di potassio viene liberato rapidamente, creando un alto rischio aritmico.
- **C) Iperuricemia**: È tipica perché la degradazione degli acidi nucleici rilasciati porta alla produzione di acido urico, che si accumula rapidamente nel sangue superando la clearance renale.
- **D) Iperfosforemia**: È tipica in quanto la lisi cellulare libera grandi quantità di fosfati che si accumulano nel sangue, favorendo anche ipocalcemia secondaria per legame del calcio sierico.

89 **Un paziente di 65 anni affetto da ipertensione arteriosa da diversi anni si presenta ad una prima valutazione nefrologica ambulatoriale per recente insorgenza di edemi declivi. Allo stick urine è presente una albuminuria di 300 mg/dL. Quale tra i seguenti gruppi di esami di approfondimento è più opportuno in prima istanza?**

A Test genetico per le podocitopatie

B Assetto lipidico, indici di funzionalità renale, enzimi epatici, indici di colestasi, bilirubinemia totale e frazionata, omocisteinemia

C **Emocromo, indici di funzionalità renale, elettroliti completi, assetto lipidico, elettroforesi siero-proteica, esame urine, proteinuria delle 24 h**

D Emocromo, indici di funzionalità renale, elettroliti completi e test di Farley

E Emocromo con reticolociti, volume di fitrazione glomerulare, uricemia, elettroliti completi, assetto marziale, PTH

Risposta giusta: C

In un paziente con **ipertensione** arteriosa cronica ed edemi declivi, la presenza di significativa albuminuria richiede un inquadramento clinico-laboratoristico immediato e completo. Il protocollo iniziale deve prevedere emocromo, indici di funzionalità renale, elettroliti, assetto lipidico, elettroforesi sieroproteica, **esame urine** e misurazione precisa della perdita proteica. Questo insieme valuta il grado di danno d'organo, controlla le comorbilità metaboliche e orienta verso cause secondarie prima di considerare indagini specialistiche.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Test genetico per le podocitopatie**: Il **test genetico** per le podocitopatie non è indicato come primo passo diagnostico. Va riservato a casi con forte sospetto di malattia ereditaria o a presentazioni cliniche atipiche giovanili, risultando quindi inappropriato per un soggetto anziano con ipertensione consolidata.
- **B) Assetto lipidico, indici di funzionalità renale, enzimi epatici, indici di colestasi, bilirubinemia totale e frazionata, omocisteinemia**: Propone un profilo epatobiliare e metabolico irrilevante per il sospetto quadro nefrologico in atto. Tace deliberatamente l'analisi delle urine e la quantificazione della escrezione proteica, dato centrale per stabilire se il coinvolgimento d'organo sia di origine primaria o conseguenza della patologia vascolare sistemica.
- **D) Emocromo, indici di funzionalità renale, elettroliti completi e test di Farley**: La proposta è inadeguata poiché basata su una prova ormai superata e priva di approfondimenti necessari. Il test di Farley non rientra nei percorsi diagnostici moderni per l'indagine dell'edema, rendendo il pacchetto esaminativo sostanzialmente riduttivo e non orientativo.
- **E) Emocromo con reticolociti, volume di fitrazione glomerulare, uricemia, elettroliti completi, assetto marziale, PTH**: Il pannello include voci utili come volume di filtrazione glomerulare e dosaggio della PTH ma risulta incompleto per l'inquadramento iniziale. Manca completamente l'esame microscopico delle urine e la valutazione quantitativa della proteinuria, parametri fondamentali per caratterizzare l'entità del danno renale osservato.

90 **L'attuale stadiazione della malattia renale cronica secondo le linee guida internazionali e nazionali:**

A Necessita di valutazione ecografica della morfologia renale con valutazione dello spessore cortico-midollare

B Può essere utilizzata solo nei pazienti con diagnosi istologica di nefropatia cronica

C **Prevede la suddivisione in stadi di malattia renale ingravescente secondo il filtrato glomerulare stimato o misurato**

D Non riconosce gli stadi precoci in cui sono presenti segni di patologia renale ma non di compromissione funzionale

E Riconosce la presenza di 3 stadi di malattia renale cronica lieve, moderata e severa sulla base dei valori di creatininemia

Risposta giusta: C

La stadiazione attuale si basa principalmente sul grado di funzione renale, espresso attraverso il **filtrato glomerulare** stimato o misurato. Questo approccio permette di inquadrare con maggiore precisione il rischio di progressione e la comparsa di complicanze sistemiche.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Necessita di valutazione ecografica della morfologia renale con valutazione dello spessore cortico-midollare**: Lo studio morfologico mediante **valutazione ecografica** non è un requisito per definire lo stadio. L'esame serve principalmente a identificare la causa o a valutare la struttura renale, ma non classifica direttamente la malattia.
- **B) Può essere utilizzata solo nei pazienti con diagnosi istologica di nefropatia cronica**: La classificazione è un processo clinico-laboratoristico che non richiede obbligatoriamente una **diagnosi istologica**. Nella maggior parte dei casi la patologia viene confermata senza biopsia renale.
- **D) Non riconosce gli stadi precoci in cui sono presenti segni di patologia renale ma non di compromissione funzionale**: Le linee guida riconoscono esplicitamente gli **stadi precoci**. È possibile stabilire la presenza di danno renale anche quando la funzionalità rimane ancora conservata.
- **E) Riconosce la presenza di 3 stadi di malattia renale cronica lieve, moderata e severa sulla base dei valori di creatininemia**: Il sistema moderno non utilizza più la semplice categorizzazione in lieve, moderata o severa né si affida esclusivamente alla **creatininemia**. Si basa invece sul calcolo del filtrato e prevede più di tre fasi distinte.

91 **In una paziente di 63 anni con recente diagnosi di adenocarcinoma gastrico di tipo intestinale, metastatico a livello epatico e polmonare, la valutazione immunoistochimica sul tessuto neoplastico ha documentato l'iperespressione di HER-2. E' stata posta l'indicazione ad eseguire un trattamento chemioterapico di prima linea. Quale terapia a bersaglio molecolare è indicato associare al trattamento chemioterapico?**

A **Trastuzumab**
B Bevacizumab
C Cetuximab
D Panitumumab
E Rituximab

Risposta giusta: A

Nell'adenocarcinoma gastrico metastatico con iperespressione di HER-2, il bersaglio da associare alla chemioterapia di prima linea è un anticorpo monoclonale **anti-HER-2**. Il **trastuzumab** si lega al recettore tumorale e ha un ruolo consolidato in questo contesto clinico, migliorando gli esiti complessivi rispetto alla sola chemioterapia.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Bevacizumab**: Il bevacizumab è un anticorpo **anti-VEGF** che inibisce l'angiogenesi, ma non agisce sul bersaglio HER-2 e non rappresenta la terapia target indicata in questa patologia.
- **C) Cetuximab**: Il cetuximab è un anticorpo **anti-EGFR** con meccanismo d'azione differente, quindi privo di indicazione in questo specifico quadro clinico.
- **D) Panitumumab**: Il panitumumab è un anticorpo **anti-EGFR** utilizzato principalmente nel carcinoma del colon-retto, non nel tumore gastrico HER-2 positivo.
- **E) Rituximab**: Il rituximab è un anticorpo **anti-CD20** impiegato nei linfomi B, senza alcuna attività terapeutica nell'adenocarcinoma gastrico HER-2 positivo.

92 **Il pembrolizumab è un farmaco immunoterapico indicato nel trattamento di numerosi tumori solidi in fase metastatica come tumore polmonare non-microcitoma, melanoma, carcinoma uroteliale, carcinoma renale, carcinoma testa/collo. Che tipo di anticorpo è?**

- **A** **E' un anticorpo monoclonale anti-PD1**
- **B** E' un anticorpo monoclonale anti-TIGIT
- **C** E' un anticorpo monoclonale anti-CTLA4
- **D** E' un anticorpo monoclonare anti-HER-2
- **E** E' un anticorpo monoclonale anti-VEGF

Risposta giusta: A

Il pembrolizumab è un anticorpo monoclonale che agisce come inibitore del checkpoint **PD-1**. Legandosi al recettore presente sui linfociti T, impedisce al tumore di attivare il fisiologico meccanismo di spegnimento della risposta immunitaria, consentendo alla difesa cellulare di riconoscere e distruggere efficacemente le cellule neoplastiche. Questa caratteristica ne fa uno standard terapeutico per numerosi tumori solidi in fase metastatica.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) E' un anticorpo monoclonale anti-TIGIT**: TIGIT rappresenta un ulteriore recettore inibitorio espresso dai linfociti, attualmente indagato come nuovo fronte terapeutico, ma non coincide con il bersaglio molecolare del pembrolizumab.
- **C) E' un anticorpo monoclonale anti-CTLA4**: CTLA-4 appartiene a un pathway di checkpoint distinto da PD-1; il suo blocco farmacologico richiede specifiche molecome l'**ipilimumab**, mentre il pembrolizumab non ha alcuna attività su di esso.
- **D) E' un anticorpo monoclonare anti-HER-2**: HER-2 è un recettore di proliferazione cellulare sovraespresso soprattutto nei carcinomi della mammella e dello stomaco; la sua neutralizzazione si ottiene con chemioimmunoterapie mirate come il trastuzumab, dotate di un meccanismo d'azione totalmente diverso dall'immunomodulazione.
- **E) E' un anticorpo monoclonale anti-VEGF**: VEGF è il principale fattore stimolante la formazione di vasi sanguigni (**angiogenesi**) per irriguare la massa tumorale; il suo contrasto avviene tramite inibitori antiangiogenetici come il bevacizumab, mentre il pembrolizumab opera esclusivamente sull'asse PD-1 dei linfociti T.

93 **A seguito della comparsa di ittero, una paziente di 61 anni in buone condizioni cliniche generali esegue degli accertamenti diagnostici che si concludono con una diagnosi di tumore della testa del pancreas. La paziente viene sottoposta ad intervento chirurgico di duodenocefalopancreasectomia e l'esame istologico depone per "adenocarcinoma della testa del pancreas". La stadiazione è pT2pN1M0. Quale trattamento medico è più indicato?**

A Chemioterapico adiuvante secondo lo schema Ciclofosfamide-Adriamicina

B Chemioterapico adiuvante secondo lo schema CHOP

C **Chemioterapico adiuvante secondo lo schema FOLFIRINOX**

D Immunoterapico adiuvante con Atezolizumab

E Chemioterapico adiuvante con Topotecan

Risposta giusta: C

Dopo la **resezione chirurgica** per adenocarcinoma della testa del pancreas con stadiazione pT2pN1M0, il rischio di recidiva è elevato. Per ridurre tale evenienza è indicato il ricorso alla **chemioterapia adiuvante**. Il regime **FOLFIRINOX** garantisce il miglior beneficio in termini di sopravvivenza globale nei pazienti selezionati. Tale approccio intensivo è però riservato esclusivamente a chi mantiene **ottime condizioni fisiche** e capacità di tollerare gli effetti collaterali.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Chemioterapico adiuvante secondo lo schema Ciclofosfamide-Adriamicina**: La combinazione ciclofosfamide-adriamicina è uno schema classicamente associato alla gestione dei tumori mammari e di alcune patologie ematologiche. Viene scartato perché non possiede indicazioni approvate né dati di efficacia dimostrata nel carcinoma del pancreas, la cui biologia richiede regimi farmacologici diversi.
- **B) Chemioterapico adiuvante secondo lo schema CHOP**: Il protocollo CHOP è un regime storico e fondamentale per il trattamento dei linfomi non Hodgkin, ma risulta completamente inefficace contro gli adenocarcinomi solidi. La sua somministrazione in caso di tumore pancreatico risulterebbe priva di razionalità oncologica e priva di qualsiasi beneficio clinico riconosciuto.
- **D) Immunoterapico adiuvante con Atezolizumab**: L'aterzolizumab appartiene alla categoria delle immunoterapie mirate, ma non costituisce il trattamento adiuvante di riferimento per l'adenocarcinoma pancreatico resecato. La sua applicazione rimane confinata a protocolli sperimentali o a popolazioni molto selezionate, distanziandosi nettamente dallo standard di cura attuale.
- **E) Chemioterapico adiuvante con Topotecan**: Il topotecan non figura tra gli schemi chemioterapici standard di primo livello per il carcinoma pancreatico. Non esistono evidenze cliniche robuste che ne giustifichino l'impiego nel trattamento adiuvante, poiché il farmaco non vanta alcun ruolo terapeutico consolidato per questa specifica neoplasia.

94 **Un uomo di 27 anni lamenta da circa 2 anni dolore lombare irradiato ai glutei. La sintomatologia è accentuata al risveglio e migliora progressivamente nell'arco della giornata. Gli esami mostrano moderato incremento degli indici di flogosi ma la radiografia del bacino e del rachide lombosacrale non evidenziano alterazioni di rilievo. Quale tra questi esami è più indicato effettuare?**

A Biopsia osteomidollare
B Ecografia rachide lombosacrale
C TC bacino
D **RM bacino**
E TC rachide lombosacrale

Risposta giusta: D

Il quadro clinico è tipico di una **spondiloartrite assiale** con **dolore infiammatorio**. La sintomatologia mattutina che migliora con il movimento e l'aumento degli indici flogistici giustificano la ricerca di una sacroileite attiva. Nelle fasi iniziali le alterazioni anatomiche non sono ancora visibili alla radiografia standard, quindi la risonanza magnetica rimane l'indagine di scelta per individuare precocemente l'**edema osseo** e i segni di infiammazione delle articolazioni sacroiliache.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Biopsia osteomidollare**: Questa procedura non trova applicazione nel dolore lombare infiammatorio. La biopsia osteomidollare viene riservata alla diagnosi di malattie ematologiche o processi infiltrativi del tessuto midollare.
- **B) Ecografia rachide lombosacrale**: L'ecografia ha un ruolo molto limitato nello studio del rachide profondo e delle articolazioni sacroiliache. Non rappresenta l'indagine di prima linea per un possibile sospetto di spondiloartrite assiale.
- **C) TC bacino**: La TC del bacino può rilevare alterazioni ossee tardive, ma è meno sensibile nel riconoscere l'edemo midollare e i primi segni di artrite sacroiliaca. Nei soggetti giovani si privilegiano metodologie non ionizzanti per evitare esposizioni inutili.
- **E) TC rachide lombosacrale**: La tomografia computerizzata valuta correttamente le modificazioni dello scheletro, ma non evidenzia l'infiammazione precoce. In questo caso specifico espone a radiazioni e risulta meno indicata della risonanza magnetica quando i reperti radiografici restano negativi.

95 **Un uomo di 34 anni presenta da circa due mesi febbre intermittente accompagnata a faringodinia. Durante gli episodi ha notato un rash color salmone sul tronco e sulle braccia. Agli esami di laboratorio si evidenzia un incremento degli indici di flogosi ed un marcato aumento dei valori di ferritina. Quale tra le seguenti è la diagnosi più probabile?**

A Dermatomiosite
B Artrite reumatoide
C Polimialgia reumatica
D **Malattia di Still dell'adulto**
E Sclerosi sistemica

Risposta giusta: D

Il quadro clinico corrisponde alla malattia di Still dell'adulto, una patologia autoinfiammatoria sistemica. I criteri diagnostici principali includono **febbre intermittente**, **faringodinia**, rash evanescente color salmone sul tronco e agli arti, e un marcato aumento della **ferritina** sierica. La presenza di questa **iperferritinemia** associata ad altri indici infiammatori orienta immediatamente verso questa diagnosi.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Dermatomiosite**: Il dermatomiosite richiede segni di miopatia e reperti cutanei specifici come l'eritema eliotropo o le papule di Gottron. La febbre elevata con iperferritinemia non costituisce il quadro classico.
- **B) Artrite reumatoide**: L'artrite reumatoide causa infiammazione sistemica ma non è caratterizzata dal rash evanescente descritto. Mancano inoltre la faringodinia predominante e l'improvviso picco di ferritina tipici della malattia di Still.
- **C) Polimialgia reumatica**: La polimialgia reumatica interessa prevalentemente soggetti anziani e si presenta con dolore e rigidità alle cinture scapolare e pelvica. Non provoca eruzioni cutanee né faringodinia.
- **E) Sclerosi sistemica**: La sclerosi sistemica si manifesta con fenomeno di Raynaud, sclerodattilia e ispessimento cutaneo progressivo. Non produce il quadro febbrile acuto con rash salmone né una significativa iperferritinemia.

96 **Una donna di 60 anni affetta da diabete mellito di tipo 1 dall'età di 28 anni, complicato da retinopatia e nefropatia diabetica, ha un colesterolo LDL=130 mg/dL, in assenza di terapia ipolipemizzante. Secondo le linee guida ESC del 2019, il suo target dovrebbe essere:**

A LDL<100 mg/dL
B LDL<130 mg/dL
C **LDL<55 mg/dL**
D LDL<116 mg/dL
E LDL<70 mg/dL

Risposta giusta: C

La paziente manifesta diabete di tipo 1 protratto con retinopatia e nefropatia conclamate. Le linee guida ESC 2019 classificano questo quadro nel gruppo di **rischio cardiovascolare molto alto**. Per tali casi è richiesto un **target terapeutico aggressivo** pari a $\mathrm{LDL} < 55\ \mathrm{mg/dL}$ con una riduzione percentuale almeno del $50\ \%$ rispetto ai valori basali.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) LDL<100 mg/dL**: L'obiettivo sotto i $100\ \mathrm{mg/dL}$ faceva riferimento a rischi intermedi o setting normativi precedenti; le complicanze diabetiche impostano un parametro più restrittivo.
- **B) LDL<130 mg/dL**: Un limite a $130\ \mathrm{mg/dL}$ è eccessivamente permissivo e non adegua il trattamento alla condizione di altissima pericolosità clinica.
- **D) LDL<116 mg/dL**: Il valore di $116\ \mathrm{mg/dL}$ rimane troppo elevato e non rispetta i criteri minimi richiesti per la categoria di rischio molto elevato.
- **E) LDL<70 mg/dL**: La soglia dei $70\ \mathrm{mg/dL}$ costituisce un traguardo rilevante ma risulava ancora inadeguato nello schema 2019 per il rischio molto alto, mostrando maggior affinità con raccomandazioni meno recenti o classi di rischio elevato non massimale.

97 **Un paziente di anni 80, si presenta al Pronto Soccorso per la comparsa acuta, circa due ore prima, di ipostenia dell'emisoma di destra. Obiettività neurologica: paziente vigile, collaborante; deficit di forza agli arti di destra con caduta precoce alla manovra di Mingazzini, lieve deficit del linguaggio con anomie. L'indagine diagnostica da effettuare immediatamente è:**

- **A** **TC cerebrale con studio angiografico dei vasi cerebrali**
- **B** Angiografia cerebrale
- **C** Ecodoppler dei tronchi sopraortici
- **D** Spettroscopia con RM cerebrale
- **E** Elettroencefalogramma

Risposta giusta: A

In un paziente con esordio acuto di deficit neurologico focale è fondamentale distinguere rapidamente tra **ischemia ed emorragia**. La TC cerebrale costituisce l'esame immediato di base mentre l'aggiunta dell'indagine angiografica dei vasi individua possibili **occlusioni di grosso vaso**. Questo approccio combinato orienta subito la terapia urgente, sfruttando il fattore tempo cruciale nelle prime due ore dall'insorgenza.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Angiografia cerebrale**: L'angiografia cerebrale è accurata ma troppo invasiva come primo approccio. Oggi viene riservata a casi selezionati, preferendo nella fase acuta la TC con angio-TC.
- **C) Ecodoppler dei tronchi sopraortici**: L'ecodoppler dei tronchi sopraortici è utile per lo studio delle stenosi carotidee e nella prevenzione secondaria. Non è l'esame urgente da eseguire nel sospetto ictus acuto, dove serve una valutazione rapida del parenchima e dei vasi intracranici.
- **D) Spettroscopia con RM cerebrale**: La spettroscopia con RM cerebrale non è un'indagine di primo livello nell'emergenza neurologica. La risonanza magnetica richiede tempi più lunghi e non si configura come scelta immediata per un deficit focale insorto da poche ore.
- **E) Elettroencefalogramma**: L'elettroencefalogramma non è indicato in prima battuta in questo contesto clinico. Serve principalmente per studiare l'attività epilettica e non fornisce la diagnosi urgente richiesta per un deficit neurologico focale acuto.

98 **Paziente di 45 anni moderatamente iperteso in trattamento farmacologico con antipertensivi. Da circa una settimana presenta episodi caratterizzati da clonie che interessano inizialmente la mano destra e si estendono successivamente all'emivolto omolaterale. Gli episodi durano circa 30 secondi e sono seguiti da una perdita di forza che persiste per diverse ore. Quale tra le seguenti è l'ipotesi diagnostica più probabile?**

A Ischemie midollari

B Miopatia

C **Epilessia parziale motoria**

D Espressione di ischemie cerebrali focali transitorie

E Esordio di una sindrome extrapiramidale

Risposta giusta: C

Il quadro mostra **clonie** che partono dalla mano destra e interessano il volto omolaterale secondo una **progressione corticale** ben definita. La brevità dell'episodio accompagnata da una **paralisi di Todd** orienta verso una crisi epilettica focale motoria, scartando patologie vascolari o muscolari.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Ischemie midollari**: L'ischemia midollare produce quadri sensitivo-motori conformi alle vie nervose spinali, non crisi motorie corticali focali che coinvolgono mano e volto.
- **B) Miopatia**: Le miopatie provocano debolezza muscolare stabile e spesso prossimale, incompatibile con attacchi parossistici a comparsa focale.
- **D) Espressione di ischemie cerebrali focali transitorie**: Le ischemie cerebrali transitorie causano sintomi negativi improvvisi e non presentano i fenomeni positivi delle clonie né la marcia motoria caratteristica.
- **E) Esordio di una sindrome extrapiramidale**: Le sindromi extrapiramidali manifestano rigidità, bradicinesia, tremore o distonia senza evoluzioni topografiche né deficit post-critici.

99 **Una ragazza di 20 anni si presenta all'osservazione dei sanitari in merito ad un disturbo caratterizzato da parestesie localizzate simmetricamente a livello distale nei 4 arti. Interrogata, riferisce che i sintomi sono comparsi il giorno precedente ma stanno progredendo per intensità. Due settimane prima dell'esordio dei sintomi, viene segnalata una gastroenterite regredita dopo circa cinque giorni. All'esame obiettivo neurologico, gli unici elementi di rilievo riguardano una ipoestesia distale agli arti inferiori e superiori e assenza dei riflessi achillei bilateralmente, con ipoevocabilità di tutti gli altri riflessi osteotendinei. L'ipotesi diagnostica più probabile tra le seguenti è:**

A Esordio di una Sclerosi Multipla

B **Poliradicolonevrite acuta (S. di Guillain-Barrè)**

C Compressione midollare (S. Brown-Séquard)

D Intossicazione da benzodiazepine

E Ictus vertebrobasilare

Risposta giusta: B

Il quadro clinico descrive una progressione rapida e simmetrica delle parestesie distali con iporeflessia fino ad areflessia. L'antecedente infettivo recente orienta fortemente verso una **neuropatia periferica acuta**. La combinazione di sintomi ascendenti bilaterali e riduzione dei riflessi esclude un **danno centrale** e richiede monitoraggio immediato per il rischio di insufficienza respiratoria.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Esordio di una Sclerosi Multipla**: La sclerosi multiela si caratterizza per lesioni disseminate nel tempo e nello spazio con iperreflessia, deficit motori selettivi o disturbi visivi, mentre l'areflessia punta decisamente verso una **patologia radicolare**.
- **C) Compressione midollare (S. Brown-Séquard)**: La sindrome di Brown-Séquard deriva da una **lesione emimedollare** che genera un quadro nettamente asimmetrico con dissociazione dei deficit sensitivi e motori, elementi completamente assenti in questa presentazione distale e uniforme.
- **D) Intossicazione da benzodiazepine**: Le benzodiazepine provocano sedazione, sonnolenza e rallentamento psicomotorio, effetti che non giustificano un disturbo sensitivo distale né l'abolizione dei riflessi osteotendinei.
- **E) Ictus vertebrobasilare**: L'ictus vertebrobasilare manifesta segni focali e spesso asimmetrici tipici di un danno neurassiale centrale, talvolta associati a disturbi del tronco encefalico, in netto contrasto con la progressione simmetrica e diffusa.

100 **La Disforia di genere può essere definita come:**

A Una condotta psicopatica che si accompagna ad altre manifestazioni come la prostituzione e la tossicodipendenza

B Un timore o un pensiero dell'adolescente che pensa di essere attirato da persone dello stesso sesso

C Un comportamento che si osserva in un adolescente maschio eterosessuale che utilizza uno o più indumenti femminili per eccitarsi sessualmente e masturbarsi da solo o in uno scambio con un partner

D Una condizione caratterizzata soprattutto dalla ambiguità degli organi genitali esterni e si possono distinguere due categorie principali: lo pseudoermafroditismo femminile, più frequente, e quello maschile

E **Il disagio affettivo tra il ruolo, il genere espresso dall'individuo e il sesso attribuito alla nascita**

Risposta giusta: E

La disforia di genere indica un **disagio** legato alla incongruenza tra il genere della persona e il sesso attribuito alla nascita. Non è di per sé una condizione anatomica né riguarda l'orientamento sessuale.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Una condotta psicopatica che si accompagna ad altre manifestazioni come la prostituzione e la tossicodipendenza**: La disforia di genere non è una condotta psicopatica e non è definita dalla prostituzione o dalla tossicodipendenza. Attribuirle queste caratteristiche confonde la disforia con un quadro di devianza, che non ha relazione con la definizione.
- **B) Un timore o un pensiero dell'adolescente che pensa di essere attirato da persone dello stesso sesso**: Il timore di essere attratti da persone dello stesso sesso riguarda dubbi o conflitti sull'**orientamento sessuale**. L'orientamento sessuale e l'identità di genere sono aspetti distinti.
- **C) Un comportamento che si osserva in un adolescente maschio eterosessuale che utilizza uno o più indumenti femminili per eccitarsi sessualmente e masturbarsi da solo o in uno scambio con un partner**: L'uso di indumenti femminili per eccitarsi sessualmente, come descritto nell'opzione per un adolescente maschio eterosessuale che si masturba da solo o con un partner, rimanda al **travestitismo feticistico**. Non definisce la disforia di genere.
- **D) Una condizione caratterizzata soprattutto dalla ambiguità degli organi genitali esterni e si possono distinguere due categorie principali: lo pseudoermafroditismo femminile, più frequente, e quello maschile**: L'ambiguità degli organi genitali esterni riguarda variazioni dello sviluppo sessuale, non la disforia di genere. La descrizione richiama la distinzione tra pseudoermafroditismo femminile, indicato nell'opzione come più frequente, e maschile.

101 **Un paziente di 48 anni giunge in Pronto Soccorso trasportato dal 118 che è stato allertato da un familiare del paziente in seguito ad episodio delirante acuto (il paziente sospettava che la compagna lo tradisse) associato ad uno stato di agitazione psico-motoria. La compagna del paziente è molto preoccupata perché nell'ultima settimana aveva notato cambiamenti comportamentali con insorgenza di insonnia, ansia libera, manie di persecuzione e deficit attentivi. In anamnesi nulla di rilevante, nega familiarità per patologie neurologiche e/o psichiatriche. Viene riferita una febbricola con astenie e mialgie insorte da circa due settimane e durata di tre giorni. All'esame obiettivo si evidenzia disorientamento spazio-temporale, difficoltà nella comprensione delle consegne e nel reperimento dei vocaboli in un contesto di obiettività internistica nella norma. Qual è il percorso diagnostico più appropriato?**

A RM encefalo senza MdC

B **RM encefalo con MdC + EEG**

C Potenziali evocativi visivi

D TC cerebrale senza MdC

E Angio-RM encefalo

Risposta giusta: B

Il quadro clinico indica un possibile **encefalite** o danno cerebrale organico, con delirium acuto e rapido declino cognitivo. La **RM encefalo con mezzo di contrasto** identifica lesioni infiammatorie o coinvolgimento temporale, mentre l'**EEG** valuta l'attività elettrica cerebrale ed esclude crisi non convulsive. Il percorso deve quindi confermare una base organica ai sintomi psichiatrici.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) RM encefalo senza MdC**: La sequenza senza contrasto evidenzia meglio l'anatomia rispetto alla TAC, ma riduce la possibilità di visualizzare aree con rottura della barriera emato-encefalica. Il gadolinio rimane indispensabile per delineare la natura attiva dei processi infiammatori.
- **C) Potenziali evocativi visivi**: Gli esami evocativi valutano principalmente la integrità delle vie ottiche o supportano quadri demielinizzanti cronici. Non forniscono dati orientativi nel contesto di un deterioramento acuto dello stato mentale e del delirium in atto.
- **D) TC cerebrale senza MdC**: La TC senza contrasto offre una sensibilità molto inferiore per individuare processi infiammatori o alterazioni temporali specifiche. Risulta utile solo per uno screening rapido emorragico, perdendo dettagli diagnostici fondamentali in un sospetto di encefalite.
- **E) Angio-RM encefalo**: L'indagine angiografica è riservata alla ricerca di malformazioni vascolari o stenosi significative. La sintomatologia febbrile associata a rapidi cambiamenti neuropsichiatrici orienta verso una patogenesi infiammatoria centrale, rendendo prioritari gli esami morfologici e funzionali diretti.

102 **Qual è il farmaco più indicato come stabilizzatore dell'umore nel trattamento di pazienti affetti da sindrome bipolare di tipo I?**

A Venlafaxina
B **Acido valproico**
C Fluoxetina
D Carbamazepina
E Pregabalin

Risposta giusta: B

L'**acido valproico** si conferma il **farmaco di riferimento** come stabilizzatore dell'umore nel disturbo bipolare di tipo I. Garantisce un controllo efficace degli episodi maniacali e assicura una solida profilassi contro le ricadute future.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Venlafaxina**: La venlafaxina è un antidepressivo **SNRI** che agisce sul tono depressivo ma, se somministrata senza copertura stabilizzante, può innescare uno **switch maniacale** in soggetti predisposti.
- **C) Fluoxetina**: La fluoxetina è un inibitore selettivo del reuptopo della serotonina (**SSRI**) destinata ai quadri depressivi maggiori; nel disturbo bipolare non modula i cicli affettivi e richiede cautela estrema per il rischio di destabilizzazione emotiva.
- **D) Carbamazepina**: La carbamazepina possiede effettiva attività stabilizzante ma comporta un monitoraggio laboratoristico più impegnativo e un profilo farmacocinetico meno lineare; nei protocolli attuali e nelle sedi valutative l'acido valproico resta la scelta prioritaria.
- **E) Pregabalin**: La pregabalin è un modulatore dei canali del calcio usato per dolore neuropatico, ansia generalizzata e epilessia; non rientra tra le opzioni indicate nella gestione farmacologica degli stati maniacali o depressivi bipolari.

103 **La scintigrafia miocardica è indicata per studiare:**

A Rottura di muscolo papillare
B **Perfusione cardiaca**
C Tumori cardiaci
D Ipertensione arteriosa
E Infezione di valvole cardiache

Risposta giusta: B

La scintigrafia miocardica è un esame di medicina nucleare che valuta principalmente la **perfusione** del muscolo cardiaco. Misura l'arrivo del sangue nel tessuto ed è utile per identificare **ischemia coronarica** e determinarne la **vitalità**. Si concentra sulla distribuzione del flusso ematico piuttosto che su alterazioni anatomiche dirette.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Rottura di muscolo papillare**: La rottura dei muscoli papillari è una **complicanza meccanica acuta** che necessita di ecocardiografia urgente per evidenziare il danno strutturale e l'emodinamica relativa.
- **C) Tumori cardiaci**: Le neoplasie cardiache richiedono ecocardiografia, TC o RM per una corretta classificazione anatomica, poiché la perfusion non caratterizza le strutture tumorali.
- **D) Ipertensione arteriosa**: L'ipertensione arteriosa si monitora mediante misurazioni pressorie ripetute e indagini clinico-strumentali, senza utilizzo di traccianti radioattivi.
- **E) Infezione di valvole cardiache**: Le infezioni delle valvole (endocarditi) si confermano con ecocardiografia unitamente a emocolture e marker infiammatori; la scintigrafia non ha ruolo nella diagnosi primaria.

---

104 **In un paziente con recidiva biochimica da carcinoma prostatico, sottoposto a prostatectomia radicale, quale indagine tra le seguenti è più indicata per la identificazione di tutte le possibili sedi di malattia?**

A **PET/TC con 68Ga-PSMA**
B Scintigrafia ossea
C PET/TC con 68Ga-DOTA-peptidi (DOTATATE, DOTATOC, DOTANOC)
D PET/TC con 18F-FDG
E PET/TC con 18F-DOPA

Risposta giusta: A

Nella recidiva biochimica post-prostatectomia serve una metodica capace di visualizzare anche lesioni minime. Il marcatore **PSMA** è iperespresso sulle cellule tumorali prostatiche, permettendo di mappare con accuratezza le sedi locali, linfonodali e ossee contemporaneamente.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Scintigrafia ossea**: La valutazione è limitata alle alterazioni osteoblastiche mostrando una minore sensibilità complessiva rispetto alla PET/TC, risultando inadeguata per le forme precoci e multisiti.
- **C) PET/TC con 68Ga-DOTA-peptidi (DOTATATE, DOTATOC, DOTANOC)**: Il targeting molecolare si rivolge ai recettori della somatostatina, rendendo questo approccio lo standard per i tumori neuroendocrini ma irrilevante per la recidiva prostatica.
- **D) PET/TC con 18F-FDG**: La metodica risente di una bassa captazione dovuta al metabolismo glucidico spesso scarso nelle fasi iniziali di recidiva, compromettendo la individuazione dei focolai discreti.
- **E) PET/TC con 18F-DOPA**: La tracciante è dedicata principalmente all'oncologia generale e ai profili neuroendocrini, mancando di validità clinica nello studio del carcinoma prostatico recidivato.

105 **I 68Ga-DOTA-peptidi (DOTATATE, DOTATOC, DOTANOC) sono radiofarmaci PET impiegati routinariamente per lo studio:**

- **A** **Dei tumori neuroendocrini ben differenziati**
- **B** Dei carcinomi squamo-cellulari
- **C** Dei carcinomi della prostata
- **D** Dei disturbi del movimento
- **E** Dell'amiloidosi cardiaca

Risposta giusta: A

I radiofarmaci a base di ^{68}Ga-DOTA-peptidi legano i **recettori della somatostatina**, marcatamente espressi dai **tumori neuroendocrini**. Questa interazione ne consente l'uso routinario per la **stadiazione** e il monitoraggio della malattia.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Dei carcinomi squamo-cellulari**: I carcinomi squamocellulari non corrispondono a questa indicazione diagnostica. Si adottano protocolli differenti a seconda del distretto anatomico interessato.
- **C) Dei carcinomi della prostata**: L'oncologia prostatica impiega prevalentemente molecole anti-PSMA. I complessi basati sulla somatostatina risultano inefficaci in questo setting.
- **D) Dei disturbi del movimento**: La patologia appartiene alla sfera neurologica e richiede indagini specifiche. Non esiste alcuna applicazione clinica consolidata di questi traccianti.
- **E) Dell'amiloidosi cardiaca**: La caratterizzazione tissutale prevede la scintigrafia ossea o tecniche ecocardiografiche avanzate. I peptidi marcati al gallio-68 non forniscono dati diagnostici rilevanti.

106 **Paziente HBsAg positivo con recente riscontro di massa palpabile in addome, esegue TC con MdC e.v. che evidenzia una lesione epatica sospetta per una diagnosi di epatocarcinoma. Qual è il comportamento contrastografico tipico dell'epatocarcinoma?**

A Wash-in portale e wash-out arterioso
B Enhancement centripeto progressivo
C L'epatocarcinoma non presenta un pattern contrastografico specifico
D **Wash-in arterioso con wash-out portale-tardivo**
E Assenza di contrast-enhancement

Risposta giusta: D

Il **epatocarcinoma**, soprattutto in pazienti HBsAg positivi o in fegati cirrotici, mostra un rapido **wash-in arterioso** seguito da un persistente **wash-out portale-tardivo**. Questo reflusso dell'apporto vascolare anomalo è cruciale per la diagnosi alla TC. La tumefazione appare inizialmente iperdensa rispetto al fegato e poi progressivamente ipodensa nelle fasi successive.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Wash-in portale e wash-out arterioso**: Inverte completamente il comportamento emodinamico atteso. La lesione non si impregna in fase portale e non manifesta alcun wash-out arterioso.
- **B) Enhancement centripeto progressivo**: Descrive l'accumulo lento e progressivo tipico degli emangiomi epatici o delle malformazioni vascolari benigne, non dei carcinomi.
- **C) L'epatocarcinoma non presenta un pattern contrastografico specifico**: Minimizza il valore del profilo emodinamico. Il pattern è clinicamente decisivo e specifica sia l'iperdensità arteriosa con successivo lavaggio sia la frequente comparsa di una capsula periferica nella fase tardiva.
- **E) Assenza di contrast-enhancement**: Ignora la natura angiogenica della neoplasia. L'epatocarcinoma è una massa vascolarizzata che mostra evidente potenziamento del segnale, specialmente nella prima fase di studio.

107 **Donna di 22 anni, accede al Pronto Soccorso per incidente stradale. Riferisce dolore addominale diffuso. PA: 130/70 mmHg, SpO2 97% in aria ambiente. ECO-FAST dubbia. Qual è l'indagine più appropriata per l'inquadramento diagnostico terapeutico tra le seguenti?**

A Esame diretto dell'addome
B Laparoscopia esplorativa
C Ecografia con MdC
D **TC spirale dell'addome con MdC**
E RM whole body

Risposta giusta: D

La paziente è emodinamicamente stabile e l'ecografia FAST non è conclusiva. La TC spirale dell'addome con mezzo di contrasto valuta con precisione **lesioni** degli organi solidi, sanguinamenti e danni intestinali o retroperitoneali. Questo esame orienta correttamente la decisione **terapeutica** senza dover ricorrere all'intervento chirurgico immediato.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Esame diretto dell'addome**: L'esame diretto dell'addome non è adatto per l'inquadramento del trauma addominale. Una radiografia semplice offre un valore diagnostico limitato e non permette di escludere lesioni significative degli organi interni.
- **B) Laparoscopia esplorativa**: La laparoscopia esplorativa può avere un ruolo in casi selezionati con forte sospetto di lesione addominale quando gli esami di immagine non chiariscono il quadro. Non costituisce però la procedura di prima scelta in una paziente stabile.
- **C) Ecografia con MdC**: L'ecografia con mezzo di contrasto non è l'esame standard nel trauma addominale acuto in Pronto Soccorso. Può risultare utile solo in contesti molto specifici, mentre il riferimento diagnostico rimane la TC con mezzo di contrasto.
- **E) RM whole body**: La risonanza magnetica whole body non è indicata nell'urgenza traumatica acuta. È un esame troppo lento e poco pratico in pronto soccorso, inoltre non rappresenta la metodica di elezione per valutare rapidamente un addome in trauma.

108 **Paziente di 87 anni con dolore in regione dorsale. All'RX del rachide si rileva "riduzione in altezza di D10", cosa sospetti?**

- **A** **Crollo vertebrale dorsale**
- **B** Crollo vertebrale lombare
- **C** Morbo di Paget
- **D** Ernia discale
- **E** Dissezione dell'aorta

Risposta giusta: A

In un paziente anziano con dolore dorsale i reperti tipici alla radiografia e alla tomografia computerizzata mostrano un **crollo vertebrale toracico**. Questo quadro corrisponde a una **frattura da compressione** frequente nell'età avanzata, spesso legata a **osteoporosi** che riduce la resistenza ossea. L'immagine evidenzia chiaramente l'abbassamento del corpo vertebrale, spiegando il dolore locale senza coinvolgere radici nervose o vasi sanguigni.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Crollo vertebrale lombare**: Il meccanismo patologico descritto è corretto ma localizzato nella sede errata. La domanda specifica il dolore in regione dorsale e il reperto immagineologico coerente deve riguardare il tratto toracico, escludendo definitivamente la colonna lombare.
- **C) Morbo di Paget**: Il Morbo di Paget altera l'architettura ossea con ingrandimento e deformità del segmento coinvolto. La radiologia mostra ispessimento corticale e modifiche della trabecolazione, quindi non è la prima ipotesi quando le immagini evidenziano un chiaro crollo strutturale.
- **D) Ernia discale**: L'ernia discale provoca abitualmente sintomi radicolari o deficit neurologici. Non è il reperto principale atteso dalla radiografia o dalla TAC in un ottuagenario con dolore dorsale, poiché queste tecniche non visualizzano correttamente le strutture molli discali.
- **E) Dissezione dell'aorta**: La dissezione aortica è un'emergenza vascolare di fondamentale importanza clinica. La radiografia e la TACA della colonna hanno lo scopo specifico di valutare una lesione ossea, rendendo incompatibile questa diagnosi puramente endovascolare con la sede esaminata.

109 **Una paziente di 56 anni è affetta da carcinoma squamocellulare della cervice uterina, inoperabile per estesa infiltrazione dei paramétri. Il trattamento programmato consiste in una chemioradioterapia. La radioterapia è effettuata con irradiazione della regione pelvica seguita dal posizionamento nella vagina e nell'utero di un applicatore caricato con sorgenti di iridio- 192, come riportato in figura. Come si definisce quest'ultima tecnica di trattamento?**

A Radioterapia intraoperatoria
B Brachiterapia interstiziale
C Radioterapia esterna
D Brachiterapia intracavitaria
E Radio-immunoterapia

Risposta giusta: D

La sorgente radioattiva viene collocata nella vagina e nell'utero tramite un applicatore dedicato. Questa collocazione anatomica definisce la **brachiterapia intracavitaria**, che concentra la dose terapeutica sul carcinoma preservando i tessuti sani circostanti. Rappresenta la procedura standard di completamento dopo la radioterapia pelvica.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Radioterapia intraoperatoria**: L'irradiazione viene erogata esclusivamente durante un intervento chirurgico a cielo aperto, colpendo il letto operatorio o margini selezionati in tempo reale. Il caso descritto segue un protocollo oncologico programmato senza alcuna apertura chirurgica.
- **B) Brachiterapia interstiziale**: Le fonti radioattive vengono impiantate con ago-cateteri direttamente nel parenchima tumoroso o nei margini invasivi. Poiché l'applicatore opera negli spazi naturali dell'apparato genitale femminile, la classificazione corretta rimane quella intracavitaria.
- **C) Radioterapia esterna**: Il fascio irradiante proviene da una macchina posizionata all'esterno del paziente e attraversa i tessuti superficiali per raggiungere la lesione. Non prevede l'utilizzo di dispositivi introdotti nel corpo.
- **E) Radio-immunoterapia**: Si tratta di una terapia sistemica che combina anticorpi specifici con isotopi emittenti per distribuire la radiattività circolante in tutto l'organismo. Non implica il posizionamento locale di sorgenti solide in spazi anatomici cavi.

110 **Uomo, 63 anni, ex calciatore professionista, oggi allenatore, effettua una visita per idoneità sportiva. Nessuna malattia in anamnesi. All'ECG si riscontra presenza di bassi voltaggi periferici, emiblocco di branca anteriore sinistro e pseudo-necrosi anteriore. Esami ematochimici ed elettroforesi sierica ed urinaria nella norma. Viene prescritto ecocardiogramma che mostra ipertrofia simmetrica del ventricolo sinistro, del ventricolo destro e del setto. Viene effettuata una biopsia endomiocardica che riscontra: "Miocellule di dimensioni aumentate, talora frammentate ed atrofiche; nell'interstizio miocardico è presente una sostanza eosinofila, amorfa, omogenea". Alla luce del quadro clinico e di quello istologico, quale è la diagnosi più probabile tra le seguenti?**

A Fibrosi secondaria a pregresso evento ischemico

B **Amiloidosi cardiaca**

C Miocardite cronica

D Cardiomiopatia aritmogena

E Cardiomiopatia ipertrofica

Risposta giusta: B

Il caso presenta un tipico dissociamento tra pareti ispessite all'ecocardiogramma e **basso voltaggio** a elettrocardiogramma, indicativo di una malattia infiltrativa. La diagnosi è confermata dall'istologia che rileva un **deposito interstiziale** di sostanza eosinofila, amorfa e omogenea. I ventricoli risultano voluminosi per accumulo proteico extracellulare tipico dell'**amiloidosi**, e non per ipertrofia contrattile.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Fibrosi secondaria a pregresso evento ischemico**: La fibrosi postischemica ha solitamente distribuzione focale legata a specifici distretti coronarici. La biopsia descrive invece un accumulo diffuso compatibile con proteina depositata, non tessuto cicatriziale.
- **C) Miocardite cronica**: La miocardite cronica non giustifica la compresenza di ispessimento simmetrico e basso voltaggio elettrico, inoltre non produce materiale amorfo nell'interstizio miocardico.
- **D) Cardiomiopatia aritmogena**: La cardiomiopatia aritmogena si caratterizza per sostituzione fibroadiposa del miocardio, prevalentemente ventricolare destro. L'esame istologico non mostra elementi adiposi o fibrosi di rimpiazzo.
- **E) Cardiomiopatia ipertrofica**: La cardiomiopatia ipertrofica primitiva comporta vera ipertrofia miocitaria con disarray fibrillare. Questo referto esclude tale patologia mostrando al contrario un'infiltrazione proteica che mima erroneamente uno spessoramento parietale.

111 **Donna, 23 anni, da circa due mesi presenta nodulo del quadrante superiore interno della mammella sinistra che, riferisce, è in accrescimento. Quando l'assistita si presenta al curante il nodulo è di 2,2 cm, clinicamente a margini netti, mobile, di consistenza teso- elastica. Viene eseguita biopsia eco-guidata il cui esame istologico mostra: "Lesione fibroepiteliale a cellularità stromale diffusamente aumentata in assenza di atipie; proliferazione ghiandolare con note di iperplasia duttale senza atipie. È presente 1 mitosi/10 HPF". In base al quadro clinico e a quello istologico, quale è la diagnosi più probabile tra le seguenti?**

A Mixoma mammario
B Carcinoma duttale infiltrante
C **Fibroadenoma**
D Adenoma tubulare
E Tumore filloide

Risposta giusta: C

La paziente giovane presenta un nodulo ben circoscritto, mobile e di consistenza teso-elastica, quadro tipico di una **lesione fibroepiteliale** benigna. L'esame istologico conferma l'**assenza di atipie** e una **bassa attività mitotica**. Questi reperti orientano definitivamente verso la diagnosi di **fibroadenoma**.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Mixoma mammario**: Il mixoma mammario è una patologia rara che si sviluppa prevalentemente nello stroma mammario privo di componenti epiteliali significative. Non corrisponde alla descrizione istologica fibroepiteliale né costituisce la diagnosi prevalente nel contesto clinico descritto.
- **B) Carcinoma duttale infiltrante**: Il carcinoma duttale infiltrante ha un andamento clinico aggressivo con masse dure, fisse o poco mobili e margini irregolari. L'esame istologico rivelerebbe netta atipia citologica e infiltrazione maligna dello stroma, incompatibili con i reperti di una lesione fibroepiteliale benigna priva di alterazioni cellulari.
- **D) Adenoma tubulare**: L'adenoma tubulare è una formazione benigna composta prevalentemente da strutture ghiandolari regolari, senza la marcata componente stromale tipica delle lesioni fibroepiteliali. Rappresenta inoltre un evento istologico meno frequente nelle giovani pazienti rispetto al fibroadenoma.
- **E) Tumore filloide**: Il tumore filloide rientra nella diagnosi differenziale delle lesioni fibroepiteliali ma si caratterizza generalmente per maggiore cellularità stromale, rapida crescita, elevato numero di figure mitotiche e possibile presenza di atipie. Il quadro clinico e istologico descritto è troppo moderato per orientare verso questa neoplasia.

112 **Una donna di 54 anni, durante esami ematochimici di routine, presenta un incremento del TSH con valori normali di fT3 e fT4. Viene effettuata ecografia tiroidea che mostra la presenza di noduli multipli, tra i quali un nodulo del lobo sinistro, del diametro massimo di 18 mm, con aspetto ipoecogeno, a bordi irregolari, con presenza di microcalcificazioni. Viene effettuato agoaspirato di tale nodulo che mostra all'esame citologico: "Numerose emazie associate a gruppi di cellule con nuclei ingranditi, ovali, talora sovrapposti, che mostrano incisure e pseudoinclusioni nucleari". In base al quadro clinico e citologico, quale è la diagnosi più probabile tra le seguenti?**

- **A** **Carcinoma papillifero**
- **B** Carcinoma midollare
- **C** Nodulo colloideo-cistico
- **D** Adenoma follicolare
- **E** Nodulo iperplastico

Risposta giusta: A

Il quadro clinico e strumentale indica un **carcinoma papillifero**. L'ecografia evidenzia una lesione sospetta con aspetto ipoecogeno e microcalcificazioni. La conferma definitiva proviene dalla citologia che rivela nuclei ingranditi e sovrapposti con pseudoinclusioni nucleari. Questi reperti sono i criteri diagnostici principali del tumore. L'elevazione del TSH in presenza di ormoni liberi normali suggerisce un ipotiroidismo subclinico concomitante senza alterare la valutazione del nodulo.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Carcinoma midollare**: Il carcinoma midollare costituisce una neoplasia maligna ma si differenzia chiaramente per il quadro citologico. Si apprezzano cellule neuroendocrine associate frequentemente a materiale amiloide estraneo alla matrice, mentre mancano del tutto le peculiarità nucleari papillifere e le pseudoinclusioni riportate nel caso.
- **C) Nodulo colloideo-cistico**: Un nodulo colloideo-cistico presenta natura benigna e non mostra mai i criteri nucleari atipici descritti nel referto. Ultrasuonograficamente conserva margini regolari e struttura cystica o colloidale, risultando privo delle microcalcificazioni e dell'ipoecogenicità focale proprie delle lesioni maligne.
- **D) Adenoma follicolare**: L'adenoma follicolare rappresenta una proliferazione benigna delle cellule tiroidee e non esibisce i segni ultrasonografici e citologici illustrati. Inoltre la diagnostica per image non consente di distinguere l'adenoma dal corrispondente carcinoma follicolare, poiché serve l'accertamento istologico di invasione, situazione non applicabile al reperto nettamente papillifero presente.
- **E) Nodulo iperplastico**: I noduli iperplastici appartengono al quadro del gozzo multinodulare e hanno comportamento benigno. Non sviluppano pseudoinclusioni né incisure nucleari all'esame cellulo-istologico e il profilo ecografico mantiene caratteristiche a basso rischio, lontano dal sospetto clinico osservato.

113 **Uomo di 72 anni, fumatore con storia di etilismo, sviluppa una progressiva difficoltà nella deglutizione. All'esame obiettivo non vengono riscontrati segni particolari; si decide quindi di sottoporre il paziente ad EGDS durante la quale si riscontra la presenza di una lesione a placca, centralmente erosa, di 1 cm di diametro massimo, al livello del terzo medio dell'esofago su cui si effettua una biopsia; l'esame istologico mostra: "Proliferazione costituita da cellule di grandi dimensioni, con citoplasma abbondante ed eosinofilo e con nuclei di dimensioni aumentate e nucleolo prominente". In base al quadro clinico ed a quello istologico, quale è la diagnosi più probabile tra le seguenti?**

A Infezione fungina

B **Carcinoma squamocellulare**

C Infezione da Citomegalovirus

D Adenocarcinoma

E Ulcera eosinofila

Risposta giusta: B

Il quadro clinico evidenzia una **disfagia progressiva** in un paziente anziano con storia di fumo ed etilismo. La localizzazione nel **terzo medio** dell'esofago e la refertazione istologica orientano verso una neoplasia epiteliale. Le caratteristiche cellulari descritte sono coerenti con il **carcinoma squamocellulare**, la malattia più frequente in questa sede con questi specifici fattori di rischio.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Infezione fungina**: Le infezioni fungine compaiono solitamente in pazienti immunodepressi e mostrerebbero elementi micotici al microscopio, escludendo la presenza di cellule atipiche neoplastiche.
- **C) Infezione da Citomegalovirus**: Il Citomegalovirus colpisce tipicamente soggetti immunodepressi provocando ulcere più che placche; l'istologia rivelerebbe le classiche inclusioni virali invece di una proliferazione tumorale.
- **D) Adenocarcinoma**: L'adenocarcinoma insorge prevalentemente nel terzo distale, spesso su terreno di metaplasia intestinale o reflusso cronico, divergendo sia per sede anatomica che per profilo epidemiologico rispetto al caso presentato.
- **E) Ulcera eosinofila**: Un'ulcera può causare dispepsia o dolore, ma non spiega la proliferazione cellulare neoplastica osservata né il reperto endoscopico a placca con erosione centrale.

114 **Un uomo di 22 anni giunge in Pronto Soccorso, presenta febbre oltre i 38,5°C, rigidità nucale e forte cefalea. Viene eseguita una rachicentesi e alla lettura microscopica del vetrino, nel liquor cefalo-rachidiano si evidenziano numerosi polimorfonucleati e diplococchi Gram negativi. Quale tra i seguenti microrganismi è il probabile responsabile dell'infezione?**

A Streptococcus agalactiae
B Streptococcus pneumoniae
C Staphylococcus aureus
D **Neisseria meningitidis**
E Escherichia coli

Risposta giusta: D

Il quadro clinico con febbre alta, rigidità nucale e cefalea indica una meningite batterica acuta. La presenza di numerosi polimorfonucleati nel liquor conferma il processo infettivo. Il reperto decisivo è l'identificazione di diplococchi Gram negativi, che orientano specificamente verso il meningococco, microrganismo più frequente in questa fascia d'età.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Streptococcus agalactiae**: è uno streptococco Gram positivo e rappresenta un patogeno caratteristico delle infezioni perinatali, non compatibili né con la forma cellulare descritta né con l'età del paziente.
- **B) Streptococcus pneumoniae**: provoca spesso meningiti ma presenta sempre come diplococchi Gram positivi, escludendolo sulla base della colorazione.
- **C) Staphylococcus aureus**: è un cocco Gram positivo che si dispone a grappoli, quindi non corrisponde alla morfologia dei diplococchi Gram negativi osservati.
- **E) Escherichia coli**: è un bacillo Gram negativo e non un diplococco; inoltre colonizza tipicamente il tratto intestinale ed è associato a meningiti neonatali o immunodepresse.

115 **Una donna di 30 anni, alle prime settimane di gravidanza, ha eseguito varie indagini di laboratorio ed è risultata negativa alla ricerca di anticorpi anti-Toxoplasma gondii. Quale raccomandazione del proprio ginecologo non può mancare, per la prevenzione dell'infezione materno-fetale?**

A Usare repellenti per evitare punture di zanzara

B Evitare di frequentare ambienti sovra-affollati

C **Evitare il consumo di carne cruda o poco cotta**

D Evitare il contatto con cani randagi

E Evitare il consumo di verdura cotta

Risposta giusta: C

Una donna risultata negativa non ha sviluppato immunità preesistente ed è quindi pienamente suscettibile al parassita. La raccomandazione medica più importante consiste nell'**evitare la carne cruda o poco cotta**, poiché può contenere **cisti tissutali** del Toxoplasma. Seguire questa precauzione alimentare blocca la principale via di infezione, tutelando il feto fin dalle prime settimane.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Usare repellenti per evitare punture di zanzara**: I repellenti per punture di zanzara appartengono alla profilassi di altri patogeni, dato che gli insetti ematofagi non fungono mai da vettori biologici per Toxoplasma gondii.
- **B) Evitare di frequentare ambienti sovra-affollati**: Gli ambienti sovraffollati facilitano la circolazione di agenti respiratori, ma non esistono vie di trasmissione aeree o per contatti sociali per questo protozoo.
- **D) Evitare il contatto con cani randagi**: Il contagio attraverso i cani randagi è biologicamente inesistente. La diffusione all'uomo dipende dall'ingestione di carne contaminata, dal contatto con terra sporca o dall'assunzione di alimenti non lavati.
- **E) Evitare il consumo di verdura cotta**: Il processo di cottura elimina qualsiasi residuo infettivo rendendo l'ortaggio sicuro. Il rischio reale riguarda esclusivamente i vegetali crudi non sanitizzati, che trattengono oocisti provenienti dal suolo.

116 **Una giovane donna di 20 anni, agli esami di controllo eseguiti per astenia profonda, presenta un emocromo con emoglobina 8,5 g/dL, MCV 64 fL e piastrine 500 x 109/L. All'anamnesi riferisce probabile beta Talassemia Minor e flussi mestruali molto abbondanti. Quale tra le seguenti procedure è la più adeguata?**

A Si contatta lo specialista Ematologo e il Servizio Trasfusionale per il supporto trasfusionale urgente con emazie

B Si prescrive subito l'elettroforesi delle emoglobine per porre diagnosi certa di beta Talassemia Minor e si invia quindi la paziente dallo specialista Ematologo

C **Si esegue la valutazione della sideremia, transferrinemia e ferritinemia e, se presente carenza di ferro, si prescrive terapia marziale; successivamente si procede con la valutazione dell'elettroforesi delle emoglobine**

D Nei portatori di beta Talassemia Minor non è opportuno alcun trattamento marziale per cui si prescrive il dosaggio della vitamina B12 e dell'acido folico per l'eventuale supporto con vitamine emoattive

E Si prescrive una gastroscopia e una rettocolonscopia nell'ipotesi di una anemizzazione da perdita cronica di sangue

Risposta giusta: C

In una paziente giovane con anemia microcitica e piastrinosi, la **carenza di ferro** è la patologia da escludere per prima. Le abbondanti perdite mestruali confermano questa ipotesi statistica. La concomitante sospetta **talassemia** non annulla la necessità di valutare i depositi di ferro. Si dosano prima i parametri marziali e si avvia la terapia solo in caso di deficit accertato. L'**elettroforesi** si esegue successivamente per evitare alterazioni del risultato dovute all'ipocromia da sideropenia.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Si contatta lo specialista Ematologo e il Servizio Trasfusionale per il supporto trasfusionale urgente con emazie**: Non esistono criteri di urgenza o compromissione emodinamica per ricorrere al banco emotrasfusionale. Una concentrazione ematica pari a $8.5\ \mathrm{g/dL}$ permette un monitoraggio ambulatoriale senza trasfusioni imminenti.
- **B) Si prescrive subito l'elettroforesi delle emoglobine per porre diagnosi certa di beta Talassemia Minor e si invia quindi la paziente dallo specialista Ematologo**: Non si valuta subito il profilo emoglobinico perché i valori anomali rischiano di mascherare la malattia genetica. La carenza di ferro modifica la distribuzione delle emoglobine e richiede il ripristino del normale fabbisogno prima di qualsiasi analisi specialistica.
- **D) Nei portatori di beta Talassemia Minor non è opportuno alcun trattamento marziale per cui si prescrive il dosaggio della vitamina B12 e dell'acido folico per l'eventuale supporto con vitamine emoattive**: È concettualmente errato applicare un divieto assoluto sul ferro senza averne dosato le riserve biologiche. La microcitosi non trae giovamento dall'integrazione di vitamina B12 e acido folico, poiché il difetto produttivo riguarda esclusivamente la sintesi dell'eme.
- **E) Si prescrive una gastroscopia e una rettocolonscopia nell'ipotesi di una anemizzazione da perdita cronica di sangue**: Non si richiedono esami endoscopici invasivi come primo step diagnostico. In un soggetto ventenne con flussi iperabbondanti prevale nettamente un'eziologia ginecologica rispetto a un sanguinamento digerente occulto.

117 **La diagnosi di fenilchetonuria avviene solitamente nell'ambito di:**

A Un programma di screening neonatale basato sulla valutazione dell'attività dell'enzima fenilalanina idrossilasi epatico dopo la comparsa dei sintomi caratteristici mediante valutazioni biochimiche e molecolari

B Approcci diagnostici neonatali effettuati selettivamente su figli di pazienti affetti da questa o da altre malattie del metabolismo degli aminoacidi

C Approcci diagnostici prenatali basati sulla determinazione delle mutazioni responsabili nel DNA fetale

D **Un programma di screening neonatale basato sulla determinazione dei livelli plasmatici di fenilalanina misurati almeno 48 ore dopo la nascita**

E Approcci diagnostici neonatali effettuati selettivamente su figli di pazienti affetti dalla malattia

Risposta giusta: D

La diagnosi avviene tramite **screening neonatale universale**. Si dosano i livelli ematici di fenilalanina dopo almeno 48 ore dalla nascita, periodo necessario per l'esposizione alimentare e l'accumulo del substrato, garantendo così un rilevamento precoce prima dell'insorgenza di complicanze.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Un programma di screening neonatale basato sulla valutazione dell'attività dell'enzima fenilalanina idrossilasi epatico dopo la comparsa dei sintomi caratteristici mediante valutazioni biochimiche e molecolari**: Suggerisce di ritardare il test fino alla comparsa dei sintomi e di misurare direttamente l'attività enzimatica epatica. Questo contraddice lo scopo preventivo dello screening che mira a intervenire prima del danno neurologico e utilizza metodi biochimici plasmatici semplici e rapidi.
- **B) Approcci diagnostici neonatali effettuati selettivamente su figli di pazienti affetti da questa o da altre malattie del metabolismo degli aminoacidi**: Restringe ulteriormente la finestra diagnostica ai familiari di soggetti con malattie metaboliche degli aminoacidi. Il registro nazionale include sistematicamente tutti i lattanti indipendentemente dalla presenza di anamnesi familiare o patologie correlate.
- **C) Approcci diagnostici prenatali basati sulla determinazione delle mutazioni responsabili nel DNA fetale**: Indirizza verso analisi genetiche prenatali sul DNA fetale. Sebbene fattibile per coppie già identificate come portatrici o ad alto rischio, resta un percorso specialistico eccezionale e non sostituisce la prova di screening di massa.
- **E) Approcci diagnostici neonatali effettuati selettivamente su figli di pazienti affetti dalla malattia**: Propone una valutazione limitata ai soli discendenti di pazienti noti. La patologia richiede invece un monitoraggio esteso a tutta la popolazione neonatale e non si basa su criteri familiari.

118 **Il vaccino antimorbillo è:**

A Combinato con il vaccino anti-pertosse e anti-rotavirus

B **Costituito da virus vivi e attenuati**

C Ottenuto mediante la tecnica del DNA ricombinante

D Costituito da virus inattivati

E Costituito da subunità virali

Risposta giusta: B

Il vaccino antimorbillo è formulato con **virus vivi attenuati**. Contiene il ceppo virale indebolito in laboratorio, capace di replicarsi lievemente nel soggetto per stimolare una solida risposta immunitaria specifica. Questo meccanismo riproduce un'infezione naturale senza provocare la patologia, assicurando un'immunità generalmente duratura.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Combinato con il vaccino anti-pertosse e anti-rotavirus**: Il preparato non viene coformulato con i vaccini contro la pertosse o il rotavirus. La combinazione clinica standard prevede invece l'unione con gli antigeni della parotite e della rosolia nello schema MPR.
- **C) Ottenuto mediante la tecnica del DNA ricombinante**: L'ottenimento mediante **tecnologia del DNA ricombinante** non riguarda questo preparato. Tale approccio viene riservato ad altri antigeni ricombinanti, mentre il vaccino classico contro il morbillo segue la tradizionale metodica di attenuazione cellulare.
- **D) Costituito da virus inattivati**: Non si tratta di un vaccino **inattivato**. I preparati di questa categoria impiegano microrganismi completamente uccisi con agenti chimici o termici, mentre la produzione del vaccino antimorbillo mantiene intatta la capacità replicativa minima del ceppo indebolito.
- **E) Costituito da subunità virali**: Non appartiene alla categoria delle **subunità virali**. Questi formulati isolano esclusivamente frammenti proteici o componenti strutturali del patogeno, mentre il preparato antimorbillo richiede l'utilizzo dell'intero organismo vitale attenuato per essere immunogeno.

119 **La tossina tetanica:**

A E’ una neurotossina che causa paralisi flaccida potenzialmente letale

B **E’ una neurotossina che causa paralisi spastica potenzialmente letale**

C Viene prodotta da spore di Clostridium tetani

D E’ una enterotossina che causa intossicazioni alimentari

E Induce un’efficace risposta immunitaria dopo la guarigione clinica

Risposta giusta: B

La tossina tetanica è una **neurotossina** che blocca il rilascio dei neurotrasmettitori inibitori, in particolare GABA e glicina. La perdita del controllo inibitorio sui motoneuroni causa rigidità e spasmi, cioè **paralisi spastica**, che può diventare grave e potenzialmente letale.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) E’ una neurotossina che causa paralisi flaccida potenzialmente letale**: È corretto definirla una neurotossina, ma causa paralisi spastica, non flaccida. La paralisi flaccida è più tipica di altre tossine, come quella botulinica.
- **C) Viene prodotta da spore di Clostridium tetani**: Le spore sono la forma di resistenza del batterio, ma non producono direttamente la tossina. Questa viene prodotta dalla forma vegetativa di *Clostridium tetani*.
- **D) E’ una enterotossina che causa intossicazioni alimentari**: La tossina tetanica non è un’enterotossina e non causa intossicazioni alimentari. Agisce soprattutto sul sistema nervoso.
- **E) Induce un’efficace risposta immunitaria dopo la guarigione clinica**: La malattia naturale non induce in genere un’immunità protettiva affidabile. La quantità di tossina necessaria a causare la malattia è troppo bassa per stimolare una risposta immunitaria efficace, perciò la vaccinazione è fondamentale.

120 **Indicare, quale delle seguenti affermazioni concernenti ll Servizio Sanitario Nazionale è corretta:**

A I medici di Medicina Generale ed i Pediatri di Libera Scelta sono professionisti “dipendenti” dal Servizio Sanitario Regionale

B Le Aziende Sanitarie Locali sono state istituite con la legge 833/1978

C Nel 2001 una legge costituzionale ha attribuito alle Regioni potere esclusivo in tema di sanità

D **I Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) sono costituiti dall’insieme delle attività, dei servizi e delle prestazioni che il Servizio Sanitario Nazionale eroga a tutti i cittadini gratuitamente o con il pagamento di un ticket, indipendentemente dal reddito e dal luogo di residenza**

E La definizione dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) compete alle Regioni

Risposta giusta: D

I Livelli Essenziali di Assistenza definiscono il pacchetto di servizi che il Servizio Sanitario Nazionale deve garantire a tutti i cittadini. Tali prestazioni possono essere gratuite o soggette a ticket, ma devono essere assicurate indipendentemente dal reddito e dalla residenza. Questo principio garantisce l'universalità e l'uguaglianza di accesso alle cure sanitarie.

Perché le altre sono sbagliate

- **A)** I medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta operano tramite convenzione con l'ente sanitario. Non risultano professionisti dipendenti direttamente dalle Regioni, ma collaborano esterni al rapporto di lavoro pubblico.
- **B) Le Aziende Sanitarie Locali sono state istituite con la legge 833/1978**: La legge 833 del 1978 fonda il Servizio Sanitario Nazionale nel suo complesso. Le Aziende Sanitarie Locali vengono create successivamente nella fase di riorganizzazione del sistema sanitario.
- **C) Nel 2001 una legge costituzionale ha attribuito alle Regioni potere esclusivo in tema di sanità**: La riforma del 2001 amplia le competenze regionali in materia sanitaria. Il potere rimane concorrente e non esclusivo, poiché lo Stato conserva la titolarità sulla determinazione dei principi fondamentali.
- **E)** La definizione dei LEA compete allo Stato a livello nazionale per assicurare uniformità. Le Regioni gestiscono l'erogazione territoriale, ma non stabiliscono unilateralmente i livelli minimi richiesti da tutto il Paese.

121 **Tra gli studi epidemiologici:**

A Quelli caso-controllo consentono di calcolare l'incidenza della malattia negli esposti e nei non esposti ad un fattore di rischio

B Quelli caso-controllo non sono indicati per le malattie rare

C Quelli trasversali sono studi di incidenza

D Quelli di coorte consentono di calcolare la prevalenza della malattia negli esposti e nei non esposti ad un fattore di rischio

E Quelli di coorte si basano sull'osservazione nel tempo di soggetti esposti e non esposti ad un fattore di rischio

Risposta giusta: E

Gli studi **coorte** definiscono gruppi per stato di esposizione e li monitorano **longitudinalmente** per osservare l'insorgenza della patologia. Questo approccio consente di determinare direttamente l'**incidenza** in esposti e non esposti e di verificare nessi temporali tra fattore di rischio ed evento.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Quelli caso-controllo consentono di calcolare l'incidenza della malattia negli esposti e nei non esposti ad un fattore di rischio**: La composizione artificiale di casi e controlli impedisce di conoscere la dimensione totale della popolazione a rischio. Mancando il denominatore aggiornato risulta impossibile derivare tassi di incidenza o rischi assoluti.
- **B) Quelli caso-controllo non sono indicati per le malattie rare**: Il modello caso-controllo è progettato specificamente per patologie a bassa frequenza. Selezionando i pazienti già affetti si ottiene potenza statistica senza dover arruolare popolazioni immense.
- **C) Quelli trasversali sono studi di incidenza**: I disegni trasversali catturano la malattia in un momento statico e quantificano la **prevalenza**. Stimare l'incidenza richiederebbe invece il tracciamento dei nuovi eventi.
- **D) Quelli di coorte consentono di calcolare la prevalenza della malattia negli esposti e nei non esposti ad un fattore di rischio**: Le coorti tracciano esclusivamente l'insorgenza di eventi nuovi durante il follow-up. L'obiettivo è misurare tassi di insorgenza temporale, diversamente dalla prevalenza che somma tutti i casi vigenti in un istante.

122 **Cosa si intende con il termine “rischio” nell’ambito della Medicina del Lavoro?**

A La proprietà intrinseca di un determinato fattore di provocare un danno alla salute

B Qualsiasi danno alla salute provocato da un’esposizione nociva

C Una qualsiasi situazione in cui una persona è esposta ad uno o più fattori di rischio

D **La probabilità del raggiungimento del livello potenziale di danno nelle condizioni di impiego o esposizione ad un determinato fattore o agente oppure alla loro combinazione**

E Abbreviazione con la quale si identifica un documento di valutazione dei rischi

Risposta giusta: D

Il rischio indica la **probabilità** che un fattore generi un **danno** in specifiche condizioni operative. Per determinarlo occorre analizzare intensità, durata e interazione degli agenti presenti sul posto.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) La proprietà intrinseca di un determinato fattore di provocare un danno alla salute**: Identifica la caratteristica intrinseca di un agente nel produrre effetti nocivi. Questa definizione tecnica corrisponde al **pericolo**, non alla sua manifestabilità concreta.
- **B) Qualsiasi danno alla salute provocato da un’esposizione nociva**: Si riferisce al danno già consolidato nell'integrità fisica del soggetto. Questa visione ignora completamente la necessità di analisi preventiva e statistica tipica della disciplina.
- **C) Una qualsiasi situazione in cui una persona è esposta ad uno o più fattori di rischio**: Denota una generica vicinanza fisica o chimica con elementi potenzialmente nocivi. La descrizione manca però di qualsiasi parametro sulla frequenza o gravità dell'evento dannoso.
- **E) Abbreviazione con la quale si identifica un documento di valutazione dei rischi**: Applica un'abbreviazione burocratica dedicata al registro di sicurezza aziendale. Confonde quindi lo strumento amministrativo con il concetto fisico-sanitario sottostante.

123 **Quali tra le seguenti definizioni riguardo l'ipoacusia da rumore è corretta?**

A E' di tipo trasmissivo, bilaterale e simmetrica

B E' di tipo percettivo e generalmente asimmetrica

C E' di tipo centrale e generalmente asimmetrica

D **E' di tipo percettivo, bilaterale e simmetrica**

E E' di tipo trasmissivo e generalmente asimmetrica

Risposta giusta: D

L'ipoacusia da rumore colpisce principalmente l'**orecchio interno**, configurandosi quindi come un deficit **percettivo**. L'esposizione acustica prolungata tende a colpire entrambi i lati in modo uniforme, producendo un quadro **bilaterale e simmetrico**. Questa combinazione definisce esattamente il quadro clinico standard.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) E' di tipo trasmissivo, bilaterale e simmetrica**: La definizione trasmissiva è riservata a patologie di orecchio esterno o medio come cerume o otiti. Il rumore agisce invece a livello delle strutture interne.
- **B) E' di tipo percettivo e generalmente asimmetrica**: Riconosce correttamente la natura percettiva, ma indica erroneamente l'asimmetria. Nella realtà l'esposizione sonora provoca danni equiparabili sui due lati.
- **C) E' di tipo centrale e generalmente asimmetrica**: Esclude un coinvolgimento delle vie uditive centrali. Si tratta invece di una lesione esclusiva a livello periferico e cocleare.
- **E) E' di tipo trasmissivo e generalmente asimmetrica**: Confonde nuovamente i meccanismi patogenetici. Il suono intenso non interferisce con la conduzione acustica meccanica, ma distrugge direttamente i recettori.

124 **Arriva all'osservazione medica un bambino di 3 anni accompagnato dai genitori che riferiscono caduta accidentale dalle scale. Il bambino appare spaventato e all'ispezione i sanitari notano la presenza di multiple ecchimosi in fasi cromatiche differenti sulla regione dorsale di entrambi gli avambracci. Gli esami radiologici mostrano esiti di fratture anche "a legno verde" agli arti. I sanitari si consultano in merito alla necessità di informare l'autorità giudiziaria. Tale obbligo grava:**

- **A** **Su chiunque, nell'esercizio della professione sanitaria, abbia prestato la propria opera o assistenza, nei casi che possano presentare i caratteri di un delitto procedibile d'ufficio**
- B Solo sul medico che abbia prestato la propria opera o assistenza, nei casi che possano presentare i caratteri di un delitto procedibile d'ufficio
- C L'obbligo non sussiste in quanto i genitori sarebbero perseguibili penalmente
- D Su chiunque, nell'esercizio della professione sanitaria, abbia prestato la propria opera o assistenza, nei casi che possano presentare i caratteri di un delitto procedibile a querela della persona offesa
- E Solo sul medico che abbia prestato la propria opera o assistenza, nei casi che possano presentare i caratteri di un delitto procedibile a querela della persona offesa

Risposta giusta: A

L'obbligo di **referto** grava su chiunque eserciti una professione sanitaria e abbia prestato assistenza quando il caso può presentare i caratteri di un delitto procedibile **d'ufficio**. Ecchimosi in fasi diverse e fratture in un bambino piccolo fanno sospettare un possibile maltrattamento, non una semplice caduta da archiviare senza ulteriori adempimenti.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Solo sul medico che abbia prestato la propria opera o assistenza, nei casi che possano presentare i caratteri di un delitto procedibile d'ufficio**: È sbagliata perché limita l'obbligo al solo medico. Riguarda invece **qualsiasi professionista sanitario**, compresi infermieri, ostetriche e altri professionisti coinvolti.
- **C) L'obbligo non sussiste in quanto i genitori sarebbero perseguibili penalmente**: Il fatto che i genitori possano essere perseguiti penalmente non elimina l'obbligo del sanitario. Al contrario, il sospetto di un reato rende necessario il referto.
- **D) Su chiunque, nell'esercizio della professione sanitaria, abbia prestato la propria opera o assistenza, nei casi che possano presentare i caratteri di un delitto procedibile a querela della persona offesa**: L'errore è il tipo di reato: il referto riguarda i delitti procedibili d'ufficio, non quelli procedibili a querela della persona offesa.
- **E) Solo sul medico che abbia prestato la propria opera o assistenza, nei casi che possano presentare i caratteri di un delitto procedibile a querela della persona offesa**: È sbagliata per due motivi: l'obbligo non riguarda solo il medico, ma chiunque eserciti una professione sanitaria; inoltre, riguarda i delitti procedibili d'ufficio, non quelli a querela.

125 **Una persona maggiorenne viene trasportata con urgenza in Pronto Soccorso a seguito di incidente stradale. I medici riscontrano la necessità di intervenire con urgenza perché gli accertamenti hanno evidenziato un vasto ematoma intracranico. La persona è incosciente e non è in grado di prestare consenso. Quale tra i seguenti comportamenti è quello corretto?**

A Il medico e i componenti dell'equipe sanitaria devono astenersi da qualsiasi cura finchè la persona non sia in grado di esprimere un valido consenso

B Il medico e l'equipe sanitaria intervengono solo con il consenso di eventuali familiari presenti

C Il medico interviene chirurgicamente anche in presenza di Direttive Anticipate di Trattamento (DAT) contrarie all'intervento confermate dal fiduciario

D **Il medico e i componenti dell'equipe sanitaria assicurano le cure necessarie, riconoscendo la sussistenza dello "stato di necessità"**

E Il medico segnala il caso alla Procura della Repubblica per ottenere l'autorizzazione ad intervenire

Risposta giusta: D

In caso di urgenza con pericolo grave e immediato per la vita, il medico ha il **dovere** di assicurare le cure necessarie anche in assenza di consenso valido. La situazione rientra nello **stato di necessità**, che legittima l'intervento sanitario quando il paziente è incapace di esprimersi. Questo approccio concilia gli obblighi deontologici con le norme giuridiche vigenti.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Il medico e i componenti dell'equipe sanitaria devono astenersi da qualsiasi cura finchè la persona non sia in grado di esprimere un valido consenso**: Astenersi da qualsiasi cura durante un'emergenza violerebbe l'**obbligo di prestazione**. L'attesa di un consenso impossibile aggraverebbe pericolosamente le condizioni del paziente contro ogni norma professionale.
- **B) Il medico e l'equipe sanitaria intervengono solo con il consenso di eventuali familiari presenti**: Il consenso dei familiari non sostituisce automaticamente quello del paziente in fase acuta. Il team sanitario deve procedere subito senza attendere interventi esterni quando il rischio è imminente.
- **C) Il medico interviene chirurgicamente anche in presenza di Direttive Anticipate di Trattamento (DAT) contrarie all'intervento confermate dal fiduciario**: Le Direttive Anticipate di Trattamento risultano **vincolanti** qualora siano valide e attinenti al quadro clinico. Il medico non può annullarle invocando l'urgenza operativa e deve invece conformarsi alla loro volontà espressa.
- **E) Il medico segnala il caso alla Procura della Repubblica per ottenere l'autorizzazione ad intervenire**: Richiedere un'**autorizzazione giudiziaria** tramite la Procura non è la procedura corretta per un'emergenza clinica. I tempi necessari sarebbero incompatibili con la necessità di agire tempestivamente.

126 **Per un gruppo di 500 pazienti è stato calcolato un rischio relativo (RR) di 5,65 rispetto all'esposizione ad uno specifico fattore di rischio. Ciò significa che la probabilità di sviluppare una certa malattia è:**

A Più bassa negli esposti rispetto ai non esposti (fattore protettivo)

B **Molto alta quando l'individuo è esposto al fattore di rischio**

C Equivalente tra l'essere e il non essere esposti

D Molto bassa quando l'individuo è esposto al fattore di rischio

E Nulla quando l'individuo è esposto al fattore di rischio

Risposta giusta: B

Un **rischio relativo** pari a 5,65 indica che gli esposti presentano una probabilità di ammalarsi circa **5,65 volte maggiore** rispetto ai non esposti. Il valore lontano dall'unità conferma un aumento marcato della malattia legato all'esposizione. La situazione riflette quindi un'**associazione positiva** netta.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Più bassa negli esposti rispetto ai non esposti (fattore protettivo)**: Errata perché descriverebbe un rapporto inferiore a 1, tipicamente legato a un **fattore protettivo** che riduce la probabilità di malattia, mentre il dato mostra un netto incremento.
- **C) Equivalente tra l'essere e il non essere esposti**: Incorretta poiché corrisponderebbe a un valore uguale a 1, segnale di **assenza di legame** tra esposizione e patologia; il numero 5,65 è invece significativamente superiore.
- **D) Molto bassa quando l'individuo è esposto al fattore di rischio**: Scartabile dato che "molto bassa" si abbina a un rischio assoluto ridotto o a un rapporto sotto l'unità; qui il confronto diretto con i non esposti evidenzia un pericolo nettamente aumentato.
- **E) Nulla quando l'individuo è esposto al fattore di rischio**: Falsa perché implicherebbe una probabilità zero tra gli esposti, ma un indice così elevato dimostra che la malattia può comparire anzi con frequenza fortemente potenziata.

127 **Qual è il primo provvedimento da adottare in un paziente in coma con ostruzione delle vie aeree per perdita del tono muscolare al fine di ripristinarne la pervietà?**

A Esecuzione di cricotiroidotomia

B **Iperestensione del capo e sublussazione della mandibola**

C Posizionamento di maschera laringea

D Ventilazione manuale con maschera facciale

E Curarizzazione ed intubazione oro-tracheale

Risposta giusta: B

Nel paziente in coma la perdita di **tono muscolare** determina il collasso posteriore della lingua e dei tessuti faringei. Il primo atto clinico consiste nel risolvere meccanicamente questa **ostruzione** funzionale. L'**iperestensione** combinata con la **sublussazione** libera immediatamente la via aerea senza richiedere attrezzi complessi.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Esecuzione di cricotiroidotomia**: La cricotiroidotomia è una procedura chirurgica d'emergenza destinata solo ai casi critici dove ogni altra via fallisce. Rappresenta l'ultima risorsa e non mai la prima azione valutabile.
- **C) Posizionamento di maschera laringea**: La maschera laringea garantisce un canale aeriforme secondario utile per la ventilazione assistita. Va inserita esclusivamente dopo aver confermato che le manovre di apertura manuale non fossero state sufficienti.
- **D) Ventilazione manuale con maschera facciale**: La ventilazione manuale con maschera facciale eroga supporto respiratorio quando mancano gli scambi gassosi adeguati. Richiede comunque un tratto aereo libero per funzionare correttamente, pertanto si esegue solo come fase successiva.
- **E) Curarizzazione ed intubazione oro-tracheale**: La curarizzazione annulla lo sforzo respiratorio spontaneo e richiede strumentazione avanzata per il controllo del paziente. L'intubazione può diventare necessaria successivamente, ma soltanto dopo aver provato le tecniche manuali di base.

128 **Un uomo di 28 anni, ASA1, deve essere sottoposto ad intervento di colecistectomia. Il paziente non ha subito precedenti interventi chirurgici. In sala operatoria dopo somministrazione di profilassi antibiotica e di Ondansetron l'anestesista procede ad induzione dell'anestesia con Propofol, Fentanyl, Cisatracurium. Dopo l'intubazione tracheale compaiono orticaria, angioedema delle palpebre e delle labbra, ipotensione e tachicardia. Quale delle seguenti classi di farmaci è più frequentemente causa di reazione anafilattica in corso di anestesia generale?**

- **A** **Miorilassanti**
- **B** Anestetici locali
- **C** Oppioidi
- **D** Ipnotici
- **E** Antiemetici

Risposta giusta: A

Il quadro clinico caratterizzato da orticaria, angioedema, ipotensione e tachicardia insorti subito dopo l'induzione è suggestivo di un'**anafilassi perioperatoria**. La causa principale in questa fase farmacologica corrisponde ai **bloccanti neuromuscolari**, impiegati per facilitare l'intubazione e riconosciuti per la loro elevata incidenza di reazioni IgE-dipendenti.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Anestetici locali**: Gli anestetici locali amidici come la lidocaina raramente sono responsabili di veri quadri anafilattici; le genuine ipersensibilità verso queste molecole sono estremamente rare nella pratica clinica attuale.
- **C)** Oppioidi come il fentanyl possono provocare un rilascio non mediato da anticorpi di istamina con manifestazioni pseudoallergiche, costituendo pertanto una frequenza secondaria di vero episodio anafilattico.
- **D) Ipnotici**: Gli ipnotici quali il propofol potrebbero teoricamente scatenare risposte immuno-allergiche, ma rappresentano una causa decisamente meno comune di shock anafilattico in sala operatoria rispetto ai blocchi neuromuscolari.
- **E) Antiemetici**: Gli antiemetici come l'ondansetron possono causare effetti indesiderati, ma le vere anafilassi risultano statisticamente molto meno frequenti rispetto a quelle imputabili ai miorillassanti durante l'induzione.

129 **Un uomo di 30 anni, per altro sano, deve essere sottoposto ad intervento chirurgico di colecistectomia laparoscopica. Quale tra le seguenti procedure deve essere effettuata preliminarmente per la riduzione del rischio perioperatorio:**

A ECG e consulenza cardiologica

B Valutazione anestesiologica (accurata anamnesi ed esame obiettivo)

C Esecuzione delle prove di funzionalità respiratoria ed emogasanalisi

D Assetto emocoagulativo completo

E Screening sierologico per anticorpi anti-HBV, anti-HCV e anti-HIV

Risposta giusta: B

La **valutazione anestesiologica** preventiva con **anamnesi accurata** ed **esame obiettivo** è il passaggio fondamentale per identificare fattori di rischio non manifesti e definire la gestione perioperatoria. In un giovane sano permette di **stratificare il rischio** chirurgico ed evitare prestazioni diagnostiche inutili. Gli accertamenti aggiuntivi vengono richiesti esclusivamente se la visita clinica lo indica.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) ECG e consulenza cardiologica**: L'elettrocardiogramma e la consulenza cardiologica non sono indicati sistematicamente per i trentenni asintomatici. Vengono richiesti mediante criteri basati sull'età superiore ai 40-45 anni, sulla presenza di fattori di rischio cardiovascolare, su sintomatologie atipiche o su esami fisici suggerenti anomalie valvolari.
- **C) Esecuzione delle prove di funzionalità respiratoria ed emogasanalisi**: L'emogasanalisi e le prove di funzione polmonare non costituiscono screening di routine preoperatori. Si prescrivono solo in presenza di dispnea cronica, patologie polmonari documentate, obesità severa o necessità di verificare l'ossigenazione in contesti specifici.
- **D) Assetto emocoagulativo completo**: Le indagini emocoagulative complete non vanno effettuate a tappeto su tutti i candidati chirurgici. Si richiedono dietro indicazione clinica in caso di terapia anticoagulante o antiaggregante in corso, epatopatie croniche, alterazioni emorragiche personali o familiari, o programmi operatorii con elevato sanguinamento atteso.
- **E) Screening sierologico per anticorpi anti-HBV, anti-HCV e anti-HIV**: I dosaggi sierologici per anticorpi anti-HBV, anti-HCV e anti-HIV non incidono sulla riduzione del rischio perioperatorio diretto. Rientrano in protocolli di sanità pubblica, profilassi post-esposizione e screening ospedaliero di ammissione, ma non modificano la preparazione anestesiologica né la programmazione chirurgica nel paziente sano asintomatico.

130 **Uomo di 30 anni, cade dalla scala mentre sta potando un albero. Viene chiamato il 118 che lo trasporta al Pronto Soccorso. All'arrivo in Pronto Soccorso è vigile e cosciente, GCS 15/15. Non presenta deficit di lato. Lamenta un forte dolore all'emitorace destro dove all'esame obiettivo sono evidenti ematomi multipli. All'auscultazione del torace il murmure vescicolare è ridotto a destra. I suoi parametri vitali sono: SpO2 92% in aria ambiente, FR 30 atti/min, PA 120/70 mmHg, FC 100 bpm, ritmo sinusale, emoglobina 13,5 g/dL. Quale tra le seguenti è la diagnosi più probabile?**

A Angina pectoris

B **Pneumotorace monolaterale**

C Emotorace massivo dx

D Shock emorragico da rottura di milza

E Shock spinale da frattura mielica

Risposta giusta: B

Il **trauma toracico** diretto provoca dolore ed ematomi con limitazione della parete. L'auscultazione evidenzia un murmure vescicolare attenuato unilateralmente, accompagnato da tachipnea e lieve desaturazione. La **stabilità emodinamica** con emoglobina conservata indica che il problema risiede nell'interposizione di aria nel cavo pleurico, la quale impedisce l'espansione polmonare senza causare perdita ematica significativa.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Angina pectoris**: L'angina pectoris deriva da ischemia miocardica e non presenta correlazione con eventi meccanici o traumatici. Il dolore descritto ha origine chiaramente contusiva ed è accompagnato da reperti auscultatori polmonari, escludendo un processo coronarico acuto.
- **C) Emotorace massivo dx**: L'emotorace massivo comporta instabilità circolatoria e significativa anemia per il versamento ematico nella cavità pleurica. In questo contesto clinico la pressione arteriosa e i globuli rocci sono normali, indicando un quadro incompatibile con un'emorragia toracica grave.
- **D) Shock emorragico da rottura di milza**: Una rottura della milza genera rapidamente **shock ipovolemico** con ipotensione marcata e netto calo dell'emoglobina. Qui i parametri vitali restano normotesi e l'ematocrito non riflette sanguinamento addominale, rendendo improbabile questa eziologia.
- **E) Shock spinale da frattura mielica**: Lo shock spinale richiede obbligatoriamente lesioni del midollo spinale che determinano deficit motori o sensitivi estesi. Il paziente mantiene Glasgow completo e assenza di segni neurologici focali, escluso quindi qualsiasi coinvolgimento vertebrale critico.

131 **Una paziente di 62 anni viene sottoposta in anestesia generale al posizionamento di uno stent ureterale per calcolosi renale. Non si registrano complicanze intraoperatorie. Al risveglio presenta brivido scuotente, tachipnea, tachicardia. I parametri vitali sono: GCS 14/15 SpO2 99% in aria ambiente, PA 140/100 mmHg, temperatura di 39,5 gradi centigradi. Quale tra le seguenti è la diagnosi più probabile?**

A **Urosepsi**
B Ipertermia maligna
C Broncospasmo
D Shock anafilattico
E Nausea e vomito post-operatorio (PONV)

Risposta giusta: A

Il quadro clinico con febbre elevata, brivido scuotente, tachicardia e tachipnea dopo una procedura urologica è altamente sugestivo di un'**infezione del tratto urinario** con passaggio batterico nel sangue. La saturazione normale e la pressione arteriosa conservata escludono rapidamente uno shock respiratorio o cardiogeno. L'intervento su vie urinarie ostruite favorisce questa **batteriemia** durante il risveglio anestesiologico.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Ipertermia maligna**: L'ipertermia maligna richiede obbligatoriamente rigidità muscolare scheletrica generalizzata, ipercapnia refrattaria e acidosi metabolica. In questo caso prevalgono i sintomi infettivi legati alla manipolazione dei calcoli renali.
- **C) Broncospasmo**: Il broncospasmo provoca difficoltà ventilatoria, sibili espiratori e frequente desaturazione. La SpO2 stabile al 99% conferma l'**assenza di ostruzione delle vie aeree**.
- **D) Shock anafilattico**: Lo shock anafilattico si manifesta con vasoplexia grave, ipotensione improvvisa, costrizione bronchiale e manifestazioni cutanee. La pressione arteriosa mantenuta e la febbre marcano chiaramente un'origine microbica piuttosto che allergica.
- **E) Nausea e vomito post-operatorio (PONV)**: La nausea e il vomito post-operatorio rappresentano una complicanza frequente ma non giustificano mai un'ipercalia termica oltre i 39 °C né i brividi intensi. Manca completamente la componente infiammatoria sistemica.

132 **Una donna di 32 anni, si reca in Pronto Soccorso per cardiopalmo. APR negativa. All'esame obiettivo: GCS 15/15, SpO2 99% in aria ambiente, FR 29 minuto, PA 110/65 mmHg, FC 180 bpm. L'ECG mostra il seguente tracciato: tachicardia parossistica sopraventricolare da rientro nodale. Alla luce del quadro ECG e dei parametri vitali quale tra i seguenti è l'intervento terapeutico più appropriato?**

A KCl ev
B Atropina ev
C Isoproterenolo ev
D **Adenosina ev**
E Cardioversione elettrica sincronizzata

Risposta giusta: D

Il quadro mostra una tachicardia parossistica sopraventricolare in paziente con **stabilità clinica** (pressione arteriosa 110/65 mmHg, saturazione 99%). L'intervento più appropriato è l'**adenosina endovena**, che provoca un **blocco transitorio** della conduzione atrioventricolare interrompendo immediatamente il circuito di rientro. Manca ogni indicazione alla cardioversione elettrica poiché i parametri vitali sono conservati.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) KCl ev**: Il potassio clorurato va amministrato solo in presenza di ipochemia elettrolitica confermata dai laboratori, senza effetto sulla terminazione del ritmo parossistico. Non costituisce una terapia di primo soccorso per l'aritmia sopraventricolare.
- **B) Atropina ev**: L'atropina accelera la frequenza cardiaca incrementando la conduzione nodo-sinusal-nodale e pertanto risulta controproducente nelle tachiaritmie. Viene indicata esclusivamente nel management delle bradicardie sintomatiche.
- **C) Isoproterenolo ev**: L'isoproterenolo agisce stimolando i recettori beta-adrenergici aumentando la cronotropia e sarebbe quindi nocivo in corso di tachicardia. Trova impiego limitato nella gestione temporanea di blocchi cardiaci severi o bradiaritmie sintomatiche.
- **E) Cardioversione elettrica sincronizzata**: La cardioversione sincronizzata rappresenta l'opzione d'emergenza quando compare instabilità emodinamica quale ipotensione estrema, alterazione del livello di coscienza, ischemia miocardica attiva o edema polmonare acuto. In questa sede i parametri vitali rimangono normofisiologici.

133 **Un uomo di 70 anni deve essere operato d'urgenza per occlusione intestinale. Quale condotta è consigliata per ridurre il rischio di inalazione del contenuto gastrico all'induzione dell'anestesia generale?**

A Tracheostomia
B Posizionamento di maschera laringea
C **Intubazione in sequenza rapida**
D Intubazione fibroscopica
E Intubazione selettiva

Risposta giusta: C

In caso di occlusione intestinale il paziente presenta un alto rischio di **stomaco pieno** e rigurgito durante l'induzione anestesiologica. L'intubazione in sequenza rapida riduce al minimo l'intervallo tra la perdita dei **riflessi protettivi** delle vie aeree e la protezione definitiva con **tubo endotracheale**. Questa tecnica elimina la ventilazione manuale non necessaria e previene efficacemente l'inalazione del contenuto gastrico.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Tracheostomia**: È una tecnica chirurgica invasiva destinata a scenari clinici specifici diversi e non rientra nelle procedure standard per l'induzione anestesiologica in emergenza medica.
- **B) Posizionamento di maschera laringea**: Il dispositivo non isola completamente la trachea dall'esofago e offre una protezione insufficiente contro i materiali gástrici nel contesto di un paziente ad alto rischio di aspirazione.
- **D) Intubazione fibroscopica**: La procedura richiede tempi prolungati e la piena collaborazione del paziente vigile, risultando inadatta alle urgenze addominali che impongono una gestione immediata delle vie aeree.
- **E) Intubazione selettiva**: L'intubazione selettiva è indicata per la ventilazione di un solo polmone in chirurgia toracica e non svolge alcuna azione preventiva verso l'aspirazione gastrica.

134 **Una donna di 78 anni deve essere sottoposta a chirurgia ortopedica per riduzione di una frattura distale della tibia. L'anestesista decide di eseguire un blocco del nervo sciatico popliteo con 15 mL di bupivacaina 0,5% e un blocco del nervo femorale con 12 mL di bupivacaina 0,5%. In assenza momentanea di ecografo i blocchi vengono eseguiti con elettroneurostimolatore. Alla comparsa di agitazione psicomotoria della paziente viene somministrato Midazolam 1 mg. A seguire la paziente riferisce sapore metallico, quindi sviluppa una crisi convulsiva. In base al sospetto clinico, oltre ad assicurare una adeguata gestione delle vie aeree è indicato procedere a:**

- **A** **Somministrazione di emulsione lipidica 20% per via endovenosa**
- **B** Somministrazione di levetiracetam
- **C** Infusione continua di dexmedetomidina
- **D** Somministrazione di 100 mL di ipertonica al 3% nel sospetto di ipertensione endocranica
- **E** Somministrazione di fenobarbitale

Risposta giusta: A

Il quadro clinico è compatibile con una **tossicità sistemica** da anestetico locale secondaria all'utilizzo di bupivacaaina. I sintomi iniziali comprendono agitazione psicomotoria e sapore metallico che precedono le crisi convulsive. Oltre al supporto delle vie aeree, il trattamento specifico consiste nella somministrazione immediata di **emulsione lipidica** al 20% per via endovenosa. Questa preparazione funge da compartimento lipidico separato che lega il farmaco circolante riducendone la concentrazione libera.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Somministrazione di levetiracetam**: Il levetiracetam controlla la sintomatologia convulsiva senza agire sulla causa scatenante. L'approccio puramente sintomatico ritarda la somministrazione dell'antidoto. È necessario privilegiare un intervento meccanicistico rispetto al semplice controllo motorio.
- **C) Infusione continua di dexmedetomidina**: La dexmedetomidina esercita effetti sedativi ma non possiede capacità di legare il principio attivo tossico. Un'infusione continua non interrompe il processo patologico. Il farmaco non previene il rischio di instabilità emodinamica successiva.
- **D) Somministrazione di 100 mL di ipertonica al 3% nel sospetto di ipertensione endocranica**: Non sussiste alcun sospetto di ipertensione endocranica nel decorso post-operatorio descritto. Il deterioramento neurologico deriva esclusivamente dall'avvelenamento circolatorio. Le soluzioni osmotiche ipertoniche non risultano utili in questa condizione.
- **E) Somministrazione di fenobarbitale**: Il fenobarbitale sopprime l'attività elettrica cerebrale ma deprime la funzione respiratoria in un soggetto fragile. Gli antiepilettici convenzionali rimangono inefficaci nel neutralizzare il deposito tissutale dell'anestetico. Utilizzarli isolatamente espone il paziente a complicanze non necessarie.

135 **La riabilitazione propriocettiva si prefigge:**

A Il recupero della sensibilità esterocettiva nell'emilato plegico del paziente dopo un ictus

B **Il recupero del controllo motorio tramite la stimolazione di afferenze cinestesiche**

C Il recupero delle sensibilità profonde tramite la stimolazione di afferenze termo-dolorifiche

D Di rieducare il paziente al recupero dell'emilato plegico dopo un ictus

E Il recupero della sensibilità esterocettiva in generale

Risposta giusta: B

La riabilitazione propriocettiva mira a migliorare il controllo motorio tramite le **afferenze cinestesiche**. Questi recettori di muscoli, tendini e articolazioni forniscono dati su posizione e movimento. Il sistema nervoso viene rieducato a utilizzare questi segnali per coordinare postura ed equilibrio.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Il recupero della sensibilità esterocettiva nell'emilato plegico del paziente dopo un ictus**: Confonde la sensibilità esterocettiva con quella propriocettiva e restringe il campo a un emiplano post-ictus. La terapia ha un protocollo generale non limitato a singole patologie neurologiche.
- **C) Il recupero delle sensibilità profonde tramite la stimolazione di afferenze termo-dolorifiche**: Le afferenze termo-dolorifiche trasmettono temperatura e dolore. Riguardano la sensibilità superficiale e non partecipano alla **propriocezione**.
- **D) Di rieducare il paziente al recupero dell'emilato plegico dopo un ictus**: Descrive una riabilitazione neurologica generica dopo ictus. Non specifica l'obiettivo della terapia **propriocettiva**, focalizzata sui meccanismi senso-motori.
- **E) Il recupero della sensibilità esterocettiva in generale**: L'esterocettività rileva stimoli esterni come tatto e temperatura. La propriocettiva agisce invece sulle vie sensitive profonde del movimento.

136 **Un uomo di 80 anni, sottoposto ad impianto di artroprotesi d'anca per coxartrosi sinistra, viene trasferito dal reparto di Ortopedia al reparto di Medicina Riabilitativa per iniziare la riabilitazione. In anamnesi sono presenti: cardiopatia ischemica cronica e disturbi cognitivi con autonomia ancora conservata, ma con saltuari episodi di disorientamento, specialmente notturni. Al suo arrivo il paziente presenta dolore intenso a livello dell'anca operata ed il personale infermieristico riferisce che la notte precedente, durante un episodio di disorientamento, il paziente ha tentato più volte di scavalcare le sponde del letto. Clinicamente l'arto inferiore sinistro si presenta tumefatto alla radice della coscia, accorciato rispetto al controlaterale, extraruotato, con difficoltà alla mobilizzazione passiva che provoca intenso dolore. Non sono presenti deficit vascolo-nervosi periferici obiettivabili. Come è più opportuno procedere?**

- **A** **Richiedere una radiografia dell'anca urgente per il sospetto di una lussazione dell'impianto protesico**
- B Richiedere un angio-RM urgente per il sospetto di una lesione dell'arteria femorale
- C Richiedere un ecodoppler venoso dell'arto inferiore sinistro urgente per escludere la presenza di trombosi venosa profonda
- D Raccomandare al fisioterapista una intensa mobilizzazione per recuperare l'articolarità dell'anca
- E Non si deve prendere alcun provvedimento, è normale che dopo un intervento l'arto sia gonfio e dolente

Risposta giusta: A

Il dolore intenso, **l'accorciamento** e **l'extrarotazione** dell'arto dopo i tentativi di scavalcare le sponde fanno sospettare una lussazione della protesi, non il solo normale dolore postoperatorio. Va richiesta una **radiografia urgente** dell'anca, che permette di confermare rapidamente il sospetto e impostare il trattamento.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Richiedere un angio-RM urgente per il sospetto di una lesione dell'arteria femorale**: Una lesione arteriosa causerebbe soprattutto **segni vascolari periferici**, che qui non sono presenti. Il quadro clinico è molto più tipico di una lussazione protesica.
- **C) Richiedere un ecodoppler venoso dell'arto inferiore sinistro urgente per escludere la presenza di trombosi venosa profonda**: Una trombosi venosa profonda può causare tumefazione e dolore, ma non spiega bene l'accorciamento e l'extrarotazione dell'arto. Il sospetto principale è quindi ortopedico, non vascolare.
- **D) Raccomandare al fisioterapista una intensa mobilizzazione per recuperare l'articolarità dell'anca**: Una mobilizzazione intensa sarebbe potenzialmente dannosa. Se la protesi è lussata, forzare i movimenti può peggiorare la situazione e aumentare il dolore; prima bisogna formulare la diagnosi.
- **E) Non si deve prendere alcun provvedimento, è normale che dopo un intervento l'arto sia gonfio e dolente**: Un po' di dolore e tumefazione possono essere normali dopo l'intervento, ma l'accorciamento e l'extrarotazione non lo sono e fanno pensare a una complicanza meccanica, in particolare a una lussazione.

137 **Un uomo di 36 anni asmatico si presenta in Pronto Soccorso per una esacerbazione grave dell'asma. La sintomatologia migliora dopo somministrazione di salbutamolo per via inalatoria. Quale dei seguenti meccanismi prioritariamente può spiegare l'effetto farmacologico dei farmaci beta-2-agonisti?**

- **A** **Aumento della AMP ciclico nelle cellule muscolari lisce tracheo-bronchiali**
- **B** Riduzione del tono simpatico
- **C** Azione sui recettori purinergici nelle cellule muscolari lisce tracheo-bronchiali
- **D** Riduzione della clearance muco-ciliare
- **E** Aumento della performance diaframmatica

Risposta giusta: A

Il salbutamolo stimola i **recettori beta-2** e attiva l'**adenilato ciclasi**, aumentando l'**AMP ciclico** nelle cellule muscolari lisce bronchiali. Questo favorisce il rilassamento della muscolatura e la broncodilatazione.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) Riduzione del tono simpatico**: I beta-2-agonisti non riducono il tono simpatico: ne mimano l'azione sui recettori beta-2.
- **C) Azione sui recettori purinergici nelle cellule muscolari lisce tracheo-bronchiali**: Il salbutamolo non agisce sui recettori purinergici, che rispondono all'ATP e ad altri nucleotidi. È un agonista selettivo dei recettori beta-2 adrenergici.
- **D) Riduzione della clearance muco-ciliare**: I beta-2-agonisti non agiscono riducendo la clearance muco-ciliare. Il loro effetto utile è la broncodilatazione, non il peggioramento del trasporto mucociliare.
- **E) Aumento della performance diaframmatica**: L'aumento della performance diaframmatica non è il meccanismo farmacologico principale. La broncodilatazione può migliorare indirettamente le condizioni in cui lavora il diaframma, ma non è il bersaglio del farmaco.

138 **Un uomo di 62 anni è in trattamento con furosemide, digossina e ramipril per uno scompenso cardiaco a bassa frazione di eiezione. Sebbene la terapia abbia migliorato la performance cardiaca e la qualità di vita, il soggetto si reca dal proprio medico curante lamentandosi della difficoltà ad urinare nelle ultime 24 ore. Il medico, non rilevando segni di deplezione intravascolare di volume, aumenta la dose di furosemide. Tuttavia, a distanza di 6 ore, non ci sono miglioramenti. Il paziente stava assumendo autonomamente ibuprofene 1200 mg/die per la comparsa di dolore alla gamba durante la deambulazione. Quale dei seguenti meccanismi è più probabilmente responsabile dell'oliguria?**

A Riduzione del filtrato glomerulare a causa della terapia con digossina

B Peggioramento dello scompenso cardiaco nonostante la terapia

C Ipokaliemia indotta da furosemide

D Riduzione della secrezione di renina mediata da furosemide

E Riduzione del filtrato glomerulare a causa della terapia con ibuprofene

Risposta giusta: E

L'ibuprofene inibisce la cicloossigenasi, bloccando la sintesi di **prostaglandine**. Nei pazienti con scompenso cardiaco o sotto terapia diuretica e da ACE-inibitore, queste molecole mantengono la vasodilatazione dell'**arteriola afferente**. La loro carenza provoca una costrizione vascolare che riduce il **filtrato glomerulare**, causando oliguria che non risponde all'aumento del diuretico.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Riduzione del filtrato glomerulare a causa della terapia con digossina**: La digossina migliora la contrattilità cardiaca inibendo la pompa sodio-potassio, ma non modifica l'emodinamica glomerulare. La sua tossicità si manifesta tipicamente con aritmie, disturbi gastrointestinali e sintomi neurologici, non con un calo isolato del filtrato.
- **B) Peggioramento dello scompenso cardiaco nonostante la terapia**: Un peggioramento dello scompenso ridurrebbe la perfusione renale, ma il paziente è privo di segni di deplezione intravascolare. L'assunzione autonoma del FANS costituisce un dato eziologico farmacologico più diretto e verificabile.
- **C) Ipokaliemia indotta da furosemide**: La furosemide causa ipopotassiemia aumentando l'escrezione renale di potassio, ma questo squilibrio elettrolitico non determina una riduzione acuta della produzione di urine. Il quadro richiede un meccanismo emodinamico immediato.
- **D) Riduzione della secrezione di renina mediata da furosemide**: La furosemide aumenta il carico di sodio che raggiunge la macula densa, attivando fisiologicamente il rilascio di renina. Il farmaco non produce alcun effetto soppressivo sulla secrezione renina.

139 **Un uomo di 52 anni, a seguito di un infarto miocardico, da 2 mesi è in terapia con un regime poli-farmacologico definito dal cardiologo. A successivi controlli presenta un incremento delle transaminasi circa 3-5 volte superiore ai valori normali di riferimento. Quale tra i seguenti farmaci è più probabile abbia causato l'alterazione dei parametri di laboratorio epatici?**

A Isosorbide dinitrato
B Atenololo
C Warfarin
D **Atorvastatina**
E Clopidogrel

Risposta giusta: D

Le **statine** causano frequentemente un **incremento asintomatico** delle transaminasi, spesso **dose-dipendente** e limitato a valori moderati. Questo effetto noto non indica generalmente una grave **epatotossicità** e orienta rapidamente verso il farmaco responsabile.

Perché le altre sono sbagliate

- **A) Isosorbide dinitrato**: L'isosorbide dinitrato è un vasodilatatore nitrico usato nell'angina il cui profilo avverso interessa prevalentemente sistema nervoso e circolatorio senza collegamento con le alterazioni transaminasiche.
- **B) Atenololo**: L'atenololo è un beta-bloccante selettivo che non viene associato a rialzi significativi delle transaminasi né a danno epatico clinicamente rilevante.
- **C) Warfarin**: Il warfarin è un anticoagulante antagonistico della vitamina K il cui rischio principale resta emorragico mentre l'epatotossicità non appartiene al suo profilo di sicurezza.
- **E) Clopidogrel**: Il clopidogrel è un antiaggregante piastrinico che può raramente modificare gli enzimi epatici ma con probabilità nettamente inferiore rispetto alle statine e senza carattere tipico.

140 **Un paziente è affetto da una malattia a trasmissione autosomica recessiva che colpisce 1 individuo su 10.000 nella popolazione generale (frequenza del portatore sano nella popolazione generale 1/50). Suo fratello sano sposa una donna non consanguinea. Che rischio hanno come coppia di avere un figlio affetto da questa specifica patologia?**

- **A** **1/300**
- **B** 1/900
- **C** 1/100
- **D** 1/600
- **E** 1/1800

Risposta giusta: A

1. Il fratello sano ha una probabilità di $\frac{2}{3}$ di essere **portatore**, poiché tra i fratelli non affetti di genitori eterozigoni vi sono due portatori e un genotipo normale. 2. La donna, non consanguinea ed estranea alla famiglia, presenta una probabilità di $\frac{1}{50}$ di essere portatrice, coerente con la frequenza nella popolazione generale. 3. Quando entrambi i genitori sono portatori, la probabilità che il figlio sviluppi la patologia è $\frac{1}{4}$. Moltiplicando le tre probabilità si ottiene $\frac{2}{3} \times \frac{1}{50} \times \frac{1}{4} = \frac{1}{300}$.

Perché le altre sono sbagliate

- **B) 1/900**: Il risultato è altrettanto insufficiente. L'errore nasce da un'impostazione incompleta. Alcuni **fattori** moltiplicativi vengono omessi o calcolati in modo distorto durante il ragionamento statistico.
- **C) 1/100**: Il dato è eccessivo e non rispetta i criteri epidemiologici. Il calcolo ignora la bassa incidenza nella popolazione generale. Inoltre, non considera la necessità biologica di possedere due alleli mutati per manifestare la patologia.
- **D) 1/600**: Siamo ancora lontani dal valore esatto. L'incertezza deriva da un errore concettuale sulla **trasmissione** ereditaria. Se entrambi i genitori sono portatori, la probabilità per ogni gravidanza è fissata a $\frac{1}{4}$ e non a $\frac{1}{2}$.
- **E) 1/1800**: Questo valore è troppo basso. Manca il passaggio fondamentale sul rischio di portatore del fratello sano. Il calcolo non deve usare frequenze generiche come $\frac{1}{6}$ o $\frac{1}{50}$. Bisogna invece applicare il rapporto $\frac{2}{3}$ tipico dei discendenti non affetti.

TEST SSM 2023

RIFALLA NELL'APP

Inquadra il QR oppure apri

app.testbuddy.it

PROVE DEGLI ANNI PASSATI

TESTBUDDY.IT