PROVE DEGLI ANNI PASSATI

# TEST SSM 2024

A B ✓ D E

## SVOLTA CON SOLUZIONI COMMENTATE

Il perché di ogni risposta

# COSA TROVI IN QUESTO DOCUMENTO

**Testo della prova SSM 2024 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 | 140 quesiti |
| **Totale** | **140 quesiti** |

## 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** **L'intervento chirurgico secondo tecnica di Bentall prevede:**

A La riparazione della valvola aortica e la sostituzione della radice aortica senza reimpiantare gli osti coronarici

**B** **La sostituzione della valvola aortica e della radice aortica con il reimpianto di entrambi gli osti coronarici**

C La sostituzione della valvola aortica e della radice aortica senza reimpiantare gli osti coronarici

D La riparazione della valvola aortica e la sostituzione della radice aortica, reimpiantando solo l'ostio coronarico destro

E La riparazione della valvola aortica e la sostituzione della radice aortica, reimpiantando solo l'ostio coronarico sinistro

**Risposta giusta: B**

La procedura di Bentall è l'intervento standard per la patologia della radice aortica che sostituisce la valvola e il tratto vascolare prossimale. Il passaggio indispensabile consiste nel **reimpianto** di entrambi gli **osti coronarici** nel **condotto protesico** per preservare la perfusione miocardica.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) La riparazione della valvola aortica e la sostituzione della radice aortica senza reimpiantare gli osti coronarici**: Escludere il ricollegamento arterioso interrompe definitivamente la circolazione coronarica. La sostituzione della radice richiederebbe comunque un bypass immediato.
- **C) La sostituzione della valvola aortica e della radice aortica senza reimpiantare gli osti coronarici**: Interporre un tubo artificiale senza annessi i vasi è incompatibile con la procedura standard. La modifica anatomica impone necessariamente il trasferimento degli osti.
- **D) La riparazione della valvola aortica e la sostituzione della radice aortica, reimpiantando solo l'ostio coronarico destro**: Concentrarsi sull'ostio destro trascura il territorio vascolare opposto. La tecnica originale esige il reimpianto simultaneo di tutti i vasi di partenza.
- **E) La riparazione della valvola aortica e la sostituzione della radice aortica, reimpiantando solo l'ostio coronarico sinistro**: Il disegno operatorio non contempla un unico reinnesto vascolare. Vengono trasferiti contemporaneamente i due vasi per garantire l'apporto ematico totale.

**2** **Un giovane di 20 anni giunge al Pronto Soccorso dopo una caduta dal motorino, presenta una vasta ecchimosi dell'emitorace sinistro e dispnea. Quale tra le seguenti diagnosi è la più probabile?**

A Broncopolmonite
B Frattura vertebrale
C Enfisema polmonare
D **Pneumotorace**
E Pericardite

**Risposta giusta: D**

Un giovane con trauma toracico che presenta dispnea ed ecchimosi emitoracica sviluppa rapidamente una lesione pleuro-polmonare. L'aria penetra nello spazio pleurico, causando il collasso polmonare e la difficoltà respiratoria acuta. Il quadro clinico è tipico di un pneumotorace traumatico.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Broncopolmonite**: La broncopolmonite genera febbre, tosse ed espettorato con un decorso infettivo, non compare subito dopo un evento traumatico.
- **B) Frattura vertebrale**: Una frattura vertebrale è possibile dopo un trauma ma non spiega la dispnea né l'ecchimosi localizzata sull'emitorace sinistro.
- **C) Enfisema polmonare**: L'enfisema è una malattia cronica progressiva spesso associata al fumo, incompatibile con un esordio acuto immediatamente post-caduta.
- **E) Pericardite**: La pericardite provoca dolore toracico e infiammazione del sacco pericardico, risultando meno probabile rispetto a una causa polmonare diretta dopo una caduta con contusione visibile.

**3** **Una donna di 75 anni, con calcolosi multipla della colecisti nota da anni, giunge al Pronto Soccorso in gravi condizioni di shock (ipovolemia, tachicardia, sudorazione, febbre, subittero) dopo un episodio di colica insorto tre giorni prima e trattato con antispastici a domicilio. Qual è la diagnosi più probabile tra le seguenti?**

A Tumore del fegato

B **Pancreatite acuta**

C Epatite acuta

D Epatite cronica

E Perforazione intestinale

**Risposta giusta: B**

Il quadro clinico suggerisce una complicanza pancreatico-biliare grave in seguito a un episodio di colica biliare non risolto. La presenza di febbre, subittero e **shock ipovolemico** orienta verso una **pancreatite acuta** di origine calcolosa. Un **calcolo migrante** provoca l'ostruzione della papilla di Vater, scatenando l'infiammazione pancreatica improvvisa e rapidamente evolutiva.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Tumore del fegato**: Un tumore epatico può provocare ittero e decadimento generale, ma raramente evolve in modo così rapido dopo una colica biliare. Non spiega la sequenza temporale acuta né la gravità dello shock.
- **C) Epatite acuta**: L'epatite acuta può causare malessere e ittero, ma non giustifica la sintomatologia colica pregressa né lo stato di shock ipovolemico nel contesto descritto.
- **D) Epatite cronica**: L'epatite cronica rappresenta una condizione a lungo termine spesso paucisintomatica. Non è compatibile con un esordio brusco caratterizzato da febbre alta, sudorazione profusa e instabilità emodinamica.
- **E) Perforazione intestinale**: Una perforazione intestinale si manifesta con dolore improvviso, segni di peritonismo e rapido peggioramento generale. La storia di colica associata al subittero orienta invece verso una patologia biliare.

**4** **Un uomo di 35 anni, forte fumatore, lamenta da qualche mese la comparsa di dolore all'arto inferiore destro durante la deambulazione. L'arto appare freddo e la cute mostra zone eritematose e dolenti. Si tratta probabilmente di:**

- **A** **Morbo di Buerger**
- **B** Aneurisma arteria iliaca
- **C** Lesione del nervo femorale
- **D** Erisipela
- **E** Flebotrombosi

**Risposta giusta: A**

Il quadro clinico è suggestivo di **morbo di Buerger** (tromboangioite obliterante): giovane forte fumatore con **claudicatio intermittens**, arto freddo e lesioni cutanee dolorose dovute a ischemia distale da tromboinfiammazione dei vasi piccoli e medi.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **B) Aneurisma arteria iliaca**: Un aneurisma dell'arteria iliaca può determinare ischemia, ma si manifesta tipicamente in pazienti anziani con malattia aterosclerotica avanzata, non come causa isolata di claudicatio in un giovane fumatore senza segni embolici acuti.
- **C) Lesione del nervo femorale**: Una lesione del nervo femorale provoca deficit motori e sensitivi e dolore neuropatico, ma non ischemia tissutale né diminuzione della temperatura cutanea.
- **D) Erisipela**: L'erisipela è un'infezione cutanea acuta che richiede trattamento antibiotico per il suo carattere infiammatorio-infezioso, mentre il caso presentato mostra chiaramente un danno vascolare cronico legato al tabagismo.
- **E) Flebotrombosi**: La flebotrombosi si caratterizza per edema, calore, eritema e gonfiore da stasi venosa, contrapponendosi al quadro ischemico freddo e alle alterazioni trofiche dell'arto.

**5** **Un uomo di 55 anni viene all' osservazione per un episodio di ematemesi. Oltre alle analisi ematochimiche, quale esame andrebbe eseguito in prima istanza tra i seguenti?**

A Ecografia addominale

B **Esofagogastroduodenoscopia**

C Rx digerente con pasto baritato

D Rx digerente con mdc idrosolubile

E TC addome pelvi

**Risposta giusta: B**

Nell'**ematemesi** l'**esame di prima scelta** è l'**esofagogastroduodenoscopia**. Questa procedura consente di identificare con precisione la sede delle lesioni e di effettuare un immediato **trattamento emostatico**. Si conferma pertanto come il provvedimento più rapido e completo dopo le prime indagini cliniche e di laboratorio.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Ecografia addominale**: Può risultare utile per valutare altre problematiche addominali ma non viene impiegata per individuare o gestire un'emorragia del tratto digerente superiore.
- **C) Rx digerente con pasto baritato**: Risulta controindicato durante un episodio di sangue attivo perché impedisce eventuali interventi correttivi diretti e può compromettere la visualizzazione nelle sedute endoscopiche successive.
- **D) Rx digerente con mdc idrosolubile**: Offre indicazioni di scarsa utilità in presenza di sanguinamento acuto e rimane profondamente inferiore all'endoscopia sia come capacità informativa sia come possibilità di gestione immediata.
- **E) TC addome pelvi**: Rimane un supporto strumentale da considerare solo in contesti clinici particolarmente complessi e non sostituisce mai la gastroscopia come iter diagnostico e terapeutico di partenza.

**6** **Una donna di 60 anni dopo numerosi episodi di colica biliare viene alla osservazione per addome disteso, subittero, nausea associata a vomito, febbre con brivido. La diagnosi più probabile tra le seguenti è:**

- **A** **Colecistite acuta**
- **B** Fistola biliare
- **C** Morbo di Crohn
- **D** Appendicite
- **E** Epatite acuta

**Risposta giusta: A**

Il quadro clinico combina una storia di **coliche biliari** con **febbre**, brividi, nausea, vomito e subittero. La presenza di febbre con brivido indica un **processo infiammatorio-infettivo** attivo. L'associazione dei sintomi suggerisce un'occlusione delle vie biliari da calcoli con conseguente infiammazione acuta della colecisti.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **B) Fistola biliare**: La fistola biliare è una complicanza possibile ma si manifesta con quadri più complessi e meno tipici. Raramente rappresenta l'esordio principale caratterizzato da febbre, vomito e subittero isolati.
- **C) Morbo di Crohn**: Il Morbo di Crohn provoca dolore addominale e febbre ma non si inserisce bene nella storia di coliche biliari né nel subittero. I dati clinici orientano verso una patologia del sistema biliare e non verso un'enterite cronica.
- **D) Appendicite**: L'appendicite può generare febbre, nausea e vomito ma la sede del dolore è diversa e il decorso non è preceduto da episodi di colica biliare. Manca il collegamento patogenetico con l'ostruzione delle vie biliari.
- **E) Epatite acuta**: L'epatite acuta dà ittero, nausea e malessere generale ma in genere non esordisce con febbre e brivido in questo contesto. Il quadro non giustifica l'addome disteso né il background di calcolosi biliare.

**7** **Un uomo di 60 anni, che presenta episodi frequenti di lombosciatalgia, trattata con terapia antinfiammatoria e cortisonica, giunge al Pronto Soccorso con epigastralgia dopo alcuni episodi di ematemesi e melena. Quale tra le seguenti è la diagnosi più probabile?**

A Colecistite acuta
B Polipi gastrici
C Lupus eritematoso sistemico
D **Gastrite acuta emorragica**
E Gastrite atrofica

**Risposta giusta: D**

L'uso continuativo di $FANS$ e cortisonici indebolisce le difese naturali della mucosa gastrica. Il paziente presenta epigastralgia, ematemesi e melena, indicatori classici di un'emorragia del tratto gastrointestinale superiore. Questo quadro clinico coincide direttamente con la terapia farmacologica assunta.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Colecistite acuta**: La colecistite acuta provoca dolore localizzato nell'ipocondrio destro. Presenta anche febbre e segni di irritazione biliare. Non genera mai ematemesi né melena.
- **B) Polipi gastrici**: I polipi gastrici possono occasionalmente sanguinare. Non provocano però quadri sintomatologici così marcati e rapidi. Il sospetto diagnostico resta esclusivamente legato alla lesione gastrica acuta indotta dalla terapia.
- **C) Lupus eritematoso sistemico**: Il lupus eritematoso sistemico causa manifestazioni sistemiche molto variabili. Il quadro attuale risulta invece coerente con una complicanza gastroduodenale derivante dall'assunzione dei farmaci.
- **E) Gastrite atrofica**: La gastrite atrofica è una condizione cronica legata a progressiva scomparsa delle ghiandole. Spesso deriva da infezione da $\mathrm{H.\ pylori}$ o anemia perniciosa. Non giustifica un esordio improvviso accompagnato da sanguinamento digestivo.

**8** **Un paziente di 65 anni presenta da alcuni mesi episodi recidivanti di dolore addominale associati a diarrea acquosa, occasionali episodi dispnoici e vampate di calore al volto. Sottoposto a TC addome è riscontrata la presenza di una neoformazione solida di circa 2 cm a carico del tenue distale. Qual è l'ipotesi diagnostica più probabile tra le seguenti?**

A Adenocarcinoma del tenue
B Linfoma intestinale
C **Tumore neuroendocrino del tenue**
D GIST del tenue
E Stenosi breve da malattia di Crohn

**Risposta giusta: C**

Il quadro clínico combina **diarrea acquosa**, **flushing facciale** e episodi dispnoici con una massa nel tenue distale. Questa triade corrisponde alla **sindrome carcinoide**, generata dal rilascio ematico di **serotonina** e altri mediatori vasoattivi. La sede tipica della neoplasia al tenue distale rafforza ulteriormente la diagnosi.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Adenocarcinoma del tenue**: L'adenocarcinoma del tenue tende a manifestarsi prevalentemente con segni di ostruzione meccanica, rapido calo ponderale o sanguinamento occulto, risultando incompatibile con il profilo di diarrea secretoria e flush.
- **B) Linfoma intestinale**: Il linfoma intestinale coinvolge frequentemente il tenue provocando dolori o disturbi evacuativi, ma non origina il quadro clinico da carcinòide e mostra tipicamente un andamento infiltrativo con manifestazioni sistemiche differenti.
- **D) GIST del tenue**: Il tumore stromale gastrointestinale (GIST) del tenue si presenta usualmente con sanguinamento digestivo, dolore cronico o una massa palpabile, senza associazione a sindromi vasomotorie o secretorie sistemiche.
- **E) Stenosi breve da malattia di Crohn**: La malattia di Crohn può causare dolore addominale, diarrea e stenosi intestinali, ma non giustifica il flush cutaneo né la dispnea parossistica, sintomatologia che indica piuttosto una secrezione endocrina attiva.

**9** **La sleeve gastrectomy:**

- **A** **Prevede la resezione dei vasi gastrici brevi**
- **B** Non prevede la resezione dei vasi gastrici brevi
- **C** Mantiene in sede il fondo gastrico
- **D** È reversibile
- **E** Induce calo ponderale principalmente mediante un meccanismo di malassorbimento

**Risposta giusta: A**

Durante l'asportazione dello stomaco lungo la **grande curvatura** si effettua la **sezione** dei vasi gastrici brevi adiacenti. L'intervento è definitivo e opera con un meccanismo **restrittivo** accompagnato da cambiamenti **ormonali**.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **B) Non prevede la resezione dei vasi gastrici brevi**: Nasce da un fraintendimento tecnico sui passaggi di dissezione; i vasi vanno comunque incisi per liberare la parete laterale e procedere alla resezione.
- **C) Mantiene in sede il fondo gastrico**: Deriva dal credere che si preservino le porzioni superiori; il fundus viene invece eliminato integralmente insieme al blocco gastrico estirpato.
- **D) È reversibile**: Confonde questa procedura con le tecniche modulabili come le bande ajustable; l'escissione permanente di parenchima stomacale ne sancisce l'impossibilità di ripristino.
- **E) Induce calo ponderale principalmente mediante un meccanismo di malassorbimento**: Scambia la strategia chirurgica con i bypass a drenaggio interno; il calo ponderale segue esclusivamente la compressione viscerale e la modifica del profilo secretorio, senza interferire sull'assorbimento intestinale.

---

**10** **Ad un uomo di 70 anni, sofferente da anni di reflusso gastro-esofageo viene diagnosticato un esofago di Barrett. Per quale tipo di tumore maligno esofageo, fra i seguenti, è maggiormente a rischio questo paziente?**

- **A** Carcinoma a piccole cellule
- **B** Carcinoma adenoideo cistico
- **C** **Adenocarcinoma**
- **D** Carcinoma neuroendocrino
- **E** Carcinoma epidermoidale

**Risposta giusta: C**

Il reflusso gastro-esofageo cronico provoca la sostituzione dell'epitelio squamoso esofageo con un epitelio di tipo intestinale. Questa **metaplasia** altera la mucosa e costituisce il principale fattore di rischio per lo sviluppo di un **adenocarcinoma** nel tratto distale.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Carcinoma a piccole cellule**: Il carcinoma a piccole cellule rappresenta una forma oncologica atipica nell'esofago e non trae origine dal quadro di irritazione acida persistente.
- **B) Carcinoma adenoideo cistico**: Il carcinoma adenoideo cistico è estremamente infrequente a livello esofageo e non corrisponde alla trasformazione tissutale tipica del paziente.
- **D) Carcinoma neuroendocrino**: Il carcinoma neuroendocrino è una neoplasia molto rara dell'esofago e non mostra legami patogenetici con la metaplasia barrettiana.
- **E) Carcinoma epidermoidale**: Il carcinoma epidermoide si associa a esposizione prolungata a fumo, alcol, sostanze caustiche e carenze nutrizionali, pertanto non deriva dall'esofago di Barrett.

**11** **In un paziente sottoposto ad intervento chirurgico di tiroidectomia per un voluminoso gozzo qual è la complicanza chirurgica più grave tra le seguenti?**

A Linforrea
B Enfisema sottocutaneo
C Residuo tiroideo
**D Lesione del nervo laringeo**
E Ascesso subfrenico

**Risposta giusta: D**

La complicanza più temibile dopo una **tiroidectomia** è la **lesione del nervo laringeo ricorrente**. Questa alterazione neurologica causa **disfonia** o **raucedine persistente** e nei casi bilaterali determina **paralisi delle corde vocali**, compromettendo direttamente la **pervità delle vie aeree**. Il rischio funzionale e respiratorio lo rende il pericolo chirurgico primario da monitorare.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Linforrea**: La linforrea può manifestarsi durante gli interventi al collo per la sezione accidentale di piccoli vasi linfatici superficiali. Pur essendo una evenienza operativa possibile, comporta solo perdite sierose localizzate che richiedono medicazioni compressive, senza mai mettere a repentaglio funzioni vitali o la voce.
- **B) Enfisema sottocutaneo**: L'enfisema sottocutaneo può comparire nel postoperatorio come tumefazione dei tessuti cervicali dovuta alla fuoriuscita di aria dagli spazi operatorii. Si risolve generalmente con terapie conservative e osservazione, presentando un profilo di severità nettamente inferiore rispetto a un danno nervoso permanente.
- **C) Residuo tiroideo**: Il residuo tiroideo si verifica quando la resezione ghiandolare risultasse incompleta. Non configura un'emergenza chirurgica immediata ma richiede esclusivamente un programma di follow-up endocrinologico e oncologico per gestire eventuali squilibri ormonali o recidive tumorali future.
- **E) Ascesso subfrenico**: L'ascesso subfrenico corrisponde a una raccolta settica localizzata sotto il diaframma nell'addome superiore. Questa patologia non rientra nelle complicanze della chirurgia tiroidea poiché la sfera anatomica operata è completamente estranea al distretto addominale dove si origina la lesione.

**12** **L'enterocolite necrotizzante del neonato:**

A È dovuta al passaggio nel canale del parto

B **È correlata alla prematurità**

C È correlata alla nutrizione parenterale nel neonato fragile

D È correlata alla contaminazione del latte materno da scarsa igiene

E È secondaria ad un danno da posizionamento di sondino naso-gastrico

**Risposta giusta: B**

La risposta esatta evidenzia come la **prematità** sia il principale fattore di rischio, poiché l'intestino immaturo dei neonati nati precocemente risulta più vulnerabile a ischemia, alterazioni della barriera mucosa e squilibri della flora intestinale. Il contesto patologico collega direttamente questa malattia alle nascite anticipate.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) È dovuta al passaggio nel canale del parto**: Il passaggio nel canale del parto non rappresenta il meccanismo scatenante della malattia. Tale evento può influire su altre condizioni neonatali, ma non determina il danno intestinale specifico dell'enterocolite necrotizzante.
- **C) È correlata alla nutrizione parenterale nel neonato fragile**: La nutrizione parenterale non è il fattore scatenante diretto. Viene spesso indicata nei neonati fragili, ma il rischio reale è strettamente associato all'**alimentazione enterale** e alla vulnerabilità fisiologica propria della prematurità, non al supporto nutrizionale endovenoso.
- **D) È correlata alla contaminazione del latte materno da scarsa igiene**: La patologia non origina semplicemente da una contaminazione del latte materno dovuta a scarsa igiene. Il quadro clinico è multifattoriale e poggia su prematurità, ischemia intestinale e risposta infiammatoria sistemica, rendendo insufficiente un singolo fattore igienico per spiegarne l'eziologia.
- **E) È secondaria ad un danno da posizionamento di sondino naso-gastrico**: Il posizionamento di un sondino naso-gastrico non è la causa eziologica della condizione. Questo presidio serve esclusivamente per alimentazione o decompressione gastrica e non innesca il processo necrotizzante dell'enterocolite.

**13** **Le ulcere sono:**

A Sempre associate a neoplasia

**B Lesioni di continuo che non tendono alla guarigione spontanea**

C Lesioni di continuo che tendono alla guarigione spontanea

D Sia piaghe sia perdite di sostanza che tendono alla guarigione spontanea

E Soluzioni di continuo a carico solo dell'epidermide

**Risposta giusta: B**

Un'ulcera è una **perdita di sostanza** che rappresenta una soluzione di continuo dei tessuti. Per definizione non tende a chiudersi da sola in tempi brevi. La sua permanenza dipende da un **processo patologico** basale che interrompe i normali meccanismi di riparazione. Questa caratteristica la distingue nettamente dalle erosioni o dalle abrasioni superficiali.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Sempre associate a neoplasia**: Le ulcere non dipendono esclusivamente dai tumori. Compariscono frequentemente per cause vascolari, infettive, traumatiche, metaboliche o dovute a compressione prolungata. La correlazione con la neoplasia rimane solo un caso specifico tra molte possibili etiologie.
- **C) Lesioni di continuo che tendono alla guarigione spontanea**: Una lesione di continuo che si richiude rapidamente rientra nella classificazione delle erosioni o delle abrasioni cutanee. Il tratto distintivo dell'ulcera è proprio l'incapacità del tessuto di richiudersi spontaneamente senza intervento terapeutico.
- **D) Sia piaghe sia perdite di sostanza che tendono alla guarigione spontanea**: Il vocabolo "piaga" indica semplicemente una ferita aperta senza una precisa valenza nosografica. Associare tale condizione alla guarigione spontanea ne stravolge il significato clinico, poiché l'ulcera richiede solitamente un trattamento mirato per evolvere verso la risoluzione.
- **E) Soluzioni di continuo a carico solo dell'epidermide**: Una compromissione che risparmia i livelli dermici o sottomucosi corrisponde a un'erosione superficiale. L'ulcera implica necessariamente un coinvolgimento degli **strati profondi**, determinando una vera defezione di tessuto che altera la struttura anatomica sottostante.

---

**14** **La stenosi tracheale NON può essere dovuta a quale delle seguenti condizioni?**

A Lesione neoplastica endotracheale

B Compressione ab estrinseco da linfoadenopatia paratracheale

C Compressione ab estrinseco da gozzo cervico-mediastinico

D Compressione ab estrinseco da parte dell'arteria lusoria

**E Compressione ab estrinseco da parte della vena anonima**

**Risposta giusta: E**

La stenosi tracheale origina da processi esterni o interni che restringono il lume. L'anatomia dei grandi vasi mediastici esclude che la vena anonima eserciti una **compressione estrinseca** clinicamente rilevante, rendendola un'eziologia atipica.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Lesione neoplastica endotracheale**:
- **B) Compressione ab estrinseco da linfoadenopatia paratracheale**:
- **C) Compressione ab estrinseco da gozzo cervico-mediastinico**:
- **D) Compressione ab estrinseco da parte dell'arteria lusoria**:

**15** **L'arteria mammaria interna di sinistra normalmente nasce da:**

- **A** **Arteria succlavia sinistra**
- B Arteria vertebrale sinistra
- C Aorta toracica discendente
- D Arteria carotide sinistra
- E Tronco arterioso anonimo

**Risposta giusta: A**

L'arteria mammaria interna origina dalla **prima porzione** dell'arteria succlavia. Nel caso sinistro nasce dalla **succlavia sinistra** e decora lungo la parete anteriore del torace. Viene regolarmente sfruttata come **trapianto coronarico**.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **B) Arteria vertebrale sinistra**: L'arteria vertebrale sinistra condivide la medesima radice vascolare con la mammaria interna. Si tratta di un ramo parallelo che non genera il vaso descritto.
- **C) Aorta toracica discendente**: L'aorta toracica discendente eroga rami laterali e intercostali posteriori. La mammaria interna non deriva da essa ma direttamente dall'arcuata sottoclavea.
- **D) Arteria carotide sinistra**: La carotide comune sinistra ha origine diretta dall'arco aortico e termina dopo aver irrorato cranio e collo. Non presenta alcuna emanazione verso l'interno della cassa toracica.
- **E) Tronco arterioso anonimo**: Il tronco anonimo è presente esclusivamente nel quadrante destro e si biforca in carotide e succlavia destre. Non origina rami vascolari sul lato sinistro.

---

**16** **Un uomo di 82 anni, precedentemente sottoposto ad impianto di endoprotesi in aorta toracica discendente, torna in ambulatorio dopo 4 mesi e presenta al controllo TC con mdc un "endoleak" di tipo IA. Qual è tra le seguenti la causa più frequente del quadro radiologico riscontrato?**

- A La perdita di aderenza distale dell'endoprotesi
- **B** **La perdita di aderenza prossimale dell'endoprotesi**
- C Degenerazione dell'endoprotesi
- D La perdita ematica per porosità dell'endoprotesi
- E La rottura dell'endoprotesi

**Risposta giusta: B**

L'**endoleak di tipo IA** interessa la **zona prossimale** della protesi. Si manifesta per uno **sealing inadeguato** tra il margine superiore della graft e la parete aortica. Il sangue fuoriesce continuando a perfondere il sacco aneurismatico. Rappresenta il meccanismo più comune dopo quattro mesi dall'intervento.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A)** La perdita di aderenza distale coinvolge il margine inferiore della protesi. Provoca una fuga classificata come tipo IB e non corrisponde al quadro prossimale osservato.
- **C) Degenerazione dell'endoprotesi**: La degenerazione tardiva può alterare la conformazione anatomica e compromettere l'ancoraggio nel tempo. Il quadro descritto dipende invece da un difetto primario o precoce di aderenza vascolare.
- **D) La perdita ematica per porosità dell'endoprotesi**: La porosità intrinseca del materiale permette microfiltrazioni trasversali attraverso la trama stessa della graft. Corrisponde alla categoria di tipo IV e possiede un'eziologia completamente diversa.
- **E) La rottura dell'endoprotesi**: La rottura rappresenta un fallimento strutturale meccanico della protesi. Non spiega il meccanismo di infiltrazione sanguigna tipica della fuga prossimale.

**17** **Una donna di 45 anni giunge in Pronto Soccorso per intense algie addominali, ipotensione e tachicardia. All'esame ecografico si evidenzia una piccola falda fluida nel Douglas. La paziente porta in visione recenti esami ematochimici che mostrano elevati livelli di Ca125. Tutte le seguenti condizioni devono essere prese in considerazione nella diagnosi differenziale AD ECCEZIONE di quale delle seguenti?**

A Cancro dell'ovaio

**B Prolasso uterino**

C Malattia infiammatoria pelvica

D Endometriosi

E Pancreatite

**Risposta giusta: B**

Il **prolasso uterino** è l'eccezione: è un problema meccanico del pavimento pelvico e non spiega il dolore intenso, l'instabilità emodinamica e il liquido nel Douglas. Inoltre, non è tipicamente associato a un aumento del Ca125.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Cancro dell'ovaio**: Il cancro dell'ovaio va considerato: il Ca125 è un marker noto in questo contesto, anche se da solo non è diagnostico, e il liquido libero pelvico può essere compatibile con una neoplasia ovarica.
- **C) Malattia infiammatoria pelvica**: La malattia infiammatoria pelvica rientra nella diagnosi differenziale perché è una causa frequente di dolore pelvico e può associarsi a reazione infiammatoria e aumento del Ca125.
- **D) Endometriosi**: Anche l'endometriosi va considerata: può causare dolore pelvico importante e versamento, e spesso si associa a un aumento del Ca125, pur essendo una patologia benigna.
- **E) Pancreatite**: La pancreatite può entrare nella diagnosi differenziale, perché il Ca125 può aumentare anche in condizioni infiammatorie addominali. Il dolore addominale acuto impone di considerare anche cause non ginecologiche: non è l'ipotesi principale, ma non va esclusa a priori.

**18** **Nel corso di una visita ginecologica di una donna di 35 anni, in assenza di sintomi, viene riscontrato all'esame ecografico un fibroma uterino intramurale del diametro di 10 cm. La paziente chiede al medico quali potrebbero essere le conseguenze future. Il ginecologo riferirà tutte le seguenti condizioni ECCETTO:**

A Algie pelviche

B **Malattia infiammatoria pelvica**

C Menometrorragie

D Dispareunia

E Aborto spontaneo

**Risposta giusta: B**

Un miomo intramurale di 10 cm genera sintomi per la sua **sede** e per la **pressione** esercitata sui tessuti circostanti. La malattia infiammatoria pelvica è invece un **processo infettivo** ascendente non correlato alla proliferazione fibrosa. Il ginecologo escluderà questa condizione tra le possibilità future.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Algie pelviche**: Il dolore pelvico deriva principalmente dall'effetto compressivo sulla struttura anatomica e dai processi degenerativi del tumore benigno.
- **C) Menometrorragie**: I volumi elevati alterano la superficie endometriale causando sanguinamenti uterini anomali e cicli irregolari.
- **D) Dispareunia**: L'ingombro anatomico nei piccoli bacini ostacola i movimenti durante i rapporti provocando dispareunia.
- **E) Aborto spontaneo**: La deformità della cavità uterina interferisce con l'impianto embrionale aumentando il rischio di aborti spontanei.

**19** **Una paziente giunge in ambulatorio per approfondire alcune anomalie del ciclo mestruale. Durante la raccolta dell'anamnesi il medico annota in cartella clinica la presenza riferita di dismenorrea che significa:**

A Flusso mestruale abbondante
B Mestruazione retrograda
C **Mestruazione dolorosa**
D Aumento della frequenza del ciclo mestruale
E Assenza di mestruazioni

**Risposta giusta: C**

La **dismenorrea** indica la presenza di **dolore mestruale**, tipicamente crampiforme e localizzato al basso ventre. È un termine ginecologico fondamentale che distingue esplicitamente la sintomatologia dolorosa dalle alterazioni del ritmo o del volume ematico.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Flusso mestruale abbondante**: Corrisponde alla **menorragia** o ipermenorrea, terminologia che classifica esclusivamente un aumento quantitativo del sanguinamento uterino senza fare riferimento al dolore.
- **B) Mestruazione retrograda**: Descrive la **mestruazione retrograda**, fenomeno in cui il sangue scorre verso la cavità pelvica anziché uscire dall'utero, meccanismo frequentemente indagato per comprendere l'eziologia dell'endometriosi.
- **D) Aumento della frequenza del ciclo mestruale**: Si riferisce alla **polimenorrea**, condizione caratterizzata da intervalli ridotti tra due episodi ematici consecutivi, quindi attinente alla periodicità ciclica e non alla percezione del dolore.
- **E) Assenza di mestruazioni**: Denota l'**amenorrea**, assenza clinica e permanente delle mestruazioni per un arco temporale prolungato, quadro nosologico che esclude categoricamente la presenza del flusso descritto nel caso.

**20** **Nel corso di una laparoscopia esplorativa su una paziente affetta da endometriosi profonda, vengono riscontrate cisti endometriosiche sull'organo più frequentemente colpito da tale patologia. Di quale organo si tratta, tra i seguenti?**

- **A** **Ovaio**
- **B** Vescica
- **C** Retto
- **D** Salpinge
- **E** Utero

**Risposta giusta: A**

L'**ovaio** è il distretto anatomico prevalentemente interessato dall'**endometriosi**. Il **tessuto endometriale ectopico** tende ad attecchire sulle superfici ovariche e dà origine a **cisti endometriosiche**. Queste lesioni specifiche vengono classificate come **endometriomi** e la loro visualizzazione laparoscopica identifica con certezza il compartimento coinvolto.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **B) Vescica**: La parete vescicale può mostrare estensioni patologiche negli stadi più evoluti ma mantiene un'incidenza complessiva nettamente minore rispetto alla sede ghiandolare femminile.
- **C) Retto**: Il retto subisce frequentemente infiltrazioni fibrotiche nelle forme profonde ma non costituisce il sito preferenziale per la maturazione di questi sacchi cistici.
- **D) Salpinge**: Le salpingi possono presentare adesioni o piccoli focolai ma mostrano una prevalenza clinica sensibilmente inferiore rispetto al comparto ovarico.
- **E) Utero**: Spesso nasce confusione tra questa patologia e l'adenomiosi che interessa invece la muscolatura uterina. L'utero non rappresenta la regione dove si formano abitualmente le cisti endometriosiche.

**21** **Ad una paziente viene diagnosticato un carcinoma dell'endometrio. Durante la raccolta dell'anamnesi aveva riferito al medico un sintomo caratteristico del cancro dell'endometrio. Di che sintomo si tratta?**

A Dispareunia
B Dismenorrea
C Leucorrea
D Dolore pelvico
**E Sanguinamento genitale anomalo**

**Risposta giusta: E**

Il sintomo più caratteristico del carcinoma endometriale è il **sanguinamento** genitale anomalo. Questo segnale deve sempre far sospettare la patologia e guidare verso approfondimenti **diagnostici**. La manifestazione è particolarmente frequente nelle donne in **post-menopausa**.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Dispareunia**: La dispareunia rappresenta dolore nei rapporti sessuali e può presentarsi in varie condizioni femminili senza essere il campanello d'allarme specifico per questo carcinoma.
- **B) Dismenorrea**: La dismenorrea indica dolore mestruale e riguarda principalmente il periodo del ciclo regolare, quindi non costituisce il segno tipico di una neoplasia endometriale.
- **C) Leucorrea**: La leucorrea può comparire in alcune patologie ginecologiche ma risulta troppo aspecifica per essere considerata il classico sintomo del tumore endometriale.
- **D) Dolore pelvico**: Il dolore pelvico può effettivamente comparire nella malattia, soprattutto nelle fasi più avanzate, ma non è considerato il sintomo d'esordio più frequente o indicativo.

---

**22** **Una paziente di 63 anni giunge in ambulatorio portando in visione esami ematochimici e strumentali che fanno sospettare al medico un tumore dell'ovaio. Quale tra i seguenti NON è un fattore di rischio per il cancro ovarico?**

**A Multiparità**
B Elevato BMI
C Menopausa tardiva
D Nulliparità
E Ereditarietà - Familiarità

**Risposta giusta: A**

La multiparità agisce come **fattore protettivo** perché ogni gravidanza blocca temporaneamente l'ovulazione. Riducendo il numero totale di **cicli ovulatori** nella vita si limita il continuo danno e la relativa riparazione dell'epitelio ovarico. Non costituisce quindi un fattore di rischio.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **B) Elevato BMI**: L'elevato BMI induce un'**obesità cronica** che altera gli equilibri ormonali e metabolici, favorendo la carcinogenesi.
- **C) Menopausa tardiva**: La menopausa tardiva prolunga l'attività ovarica e aumenta il numero complessivo di ovulazioni annuali.
- **D) Nulliparità**: La nulliparità implica l'**assenza di gravidanze** durante l'età fertile, mantenendo invariata l'attività ovulatoria e prolungando l'esposizione ai rischi.
- **E) Ereditarietà - Familiarità**: La familiarità riflette spesso la presenza di **mutazioni BRCA** o di sindromi ereditarie che predispongono direttamente alla malattia.

**23** **Una paziente di 35 anni, primigravida alla 32° settimana di gravidanza con diagnosi di placenta previa centrale all'ecografia morfologica, si sottopone all'ecografia di controllo del III trimestre. L'ecografia mostra una placenta che scavalca l'orifizio uterino interno di 4 cm. La paziente è asintomatica per perdite ematiche genitali o contrazioni uterine. Relativamente al counselling quale tra le seguenti è l'indicazione più corretta?**

A Rivalutazione della posizione della placenta a 37 settimane per valutazione della modalità del parto

**B Taglio cesareo elettivo**

C Induzione del travaglio di parto a 37 settimane

D Parto vaginale spontaneo all'insorgenza spontanea delle contrazioni

E Taglio cesareo urgente immediato

**Risposta giusta: B**

In presenza di una **placenta previa centrale** con **sovrapposizione di 4 cm** all'orifizio interno nel terzo trimestre, la via vaginale è controindicata. Il passaggio della parte fetale provocherebbe inevitabilmente il distacco segmentario e un'**emorragia** massiva. Poiché la paziente è **asintomatica**, l'approccio più sicuro è pianificare un **taglio cesareo elettivo** prima dell'inizio spontaneo delle contrazioni.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Rivalutazione della posizione della placenta a 37 settimane per valutazione della modalità del parto**: Non è opportuno attendere 37 settimane per rivalutare: la profezione anatomo-radiologica confermata a 32 settimane con oltre 4 cm di distanza dall'orifizio non si risolve fisiologicamente e la decisione chirurgica è già definita, rendendo inutile un nuovo controllo tardivo.
- **C) Induzione del travaglio di parto a 37 settimane**: Indurre il travaglio a 37 settimane sarebbe contrario alla pratica clinica poiché l'avvio artificiale delle contrazioni attiverebbe gli stessi meccanismi di distacco placentare, aumentando inutilmente il pericolo di perdita ematica profusa.
- **D) Parto vaginale spontaneo all'insorgenza spontanea delle contrazioni**: Il parto vaginale spontaneo non è indicato perché il travaglio naturale espone a un rischio emorragico elevato; la sede placentare impedisce al bambino di scendere senza causare distacco e sanguinamento acuto.
- **E) Taglio cesareo urgente immediato**: Un cesareo urgente e immediato è riservato a emergenze con sanguinamento attivo o compromissione emodinamica; in assenza di sintomi la condizione stabile permette e richiede una programmazione elettiva per ottimizzare i tempi anestesiologici e la sicurezza materno-fetale.

**24** **Una paziente di 39 anni, terzigravida secondipara con due pregressi tagli cesarei, con diabete gestazionale in terapia dietetica in buon compenso, si presenta dal ginecologo curante per ecografia del II trimestre. L'ecografia mostra una placenta che invade il miometrio e pare estendersi alla vescica. Quale tra i seguenti NON è un fattore di rischio per questa condizione?**

A Pregressi tagli cesarei
B Età materna avanzata
C **Diabete gestazionale**
D Pregressa miomectomia
E Multiparità

**Risposta giusta: C**

Il quadro ecografico descrive una **placenta accreta spectrum**, caratterizzata da un'anomala adesione o invasione nel miometrio fino agli organi adiacenti. I rischi principali derivano da condizioni che compromettono la decidua basale e facilitano la penetrazione trofoblastica. Il diabete gestazionale gestito con dieta non modifica la viabilità dell'impianto placentare invasivo, risultando quindi escluso tra i fattori predisponenti.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Pregressi tagli cesarei**: I tagli cesarei precedenti sono il principale fattore di rischio riconosciuto. Ogni intervento chirurgico uterino incrementa progressivamente la probabilità di implantazione sul tessuto cicatriziale, specialmente quando la placenta si posiziona in sede sopracervicale o anteriore.
- **B) Età materna avanzata**: L'avanzamento dell'età materna correla con un accumulo di microlesioni endometriali e remodeling vascolare deciduali. Questi adattamenti fisiologici riducono la barriera naturale tra sincizio trofoblastico e miometrio, elevando il rischio di penetrazione eccessiva.
- **D) Pregressa miomectomia**: La pregressa miomectomia lascia una cicatrice miometriale che danneggia gli strati endometriali profondi. Questa alterazione anatomica predispone al mancato distacco fisiologico e favorisce un'impianto più profondo nella successiva gravidanza.
- **E) Multiparità**: La multiparità comporta ripetuti stress meccanici e processi riparativi durante gravidanze e parti consecutivi. La storia ostetrica multipla aumenta statisticamente la prevalenza di difetti della rigenerazione degli strati mucosali necessari per contenere l'espansione placentare.

**25** **State pianificando il trattamento radiochirurgico di un meningioma del seno cavernoso. Quali nervi cranici contraggono rapporti con la suddetta struttura?**

- **A** **Oculomotore comune, trocleare, abducente, prima e seconda branca del trigemino**
- **B** Trocleare, abducente e le tre branche del trigemino
- **C** Oculomotore comune, trocleare e abducente
- **D** Oculomotore comune, trocleare, seconda e terza branca del trigemino
- **E** Abducente, seconda e terza branca del trigemino

**Risposta giusta: A**

Il **seno cavernoso** presenta stretti rapporti anatomici con diversi nervi cranici che decorrono al suo interno o nelle sue pareti. Passano attraverso la cavità il nervo **oculomotore**, il **trocleare** e l'abducente, mentre lungo la parete laterale si trovano i rami oftalmico e mascellare del **trigemino**. Durante la pianificazione di un trattamento radiochirurgico nella sede cavernosa è fondamentale conoscere queste correlazioni anatomiche.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **B) Trocleare, abducente e le tre branche del trigemino**: Ripete l'errore sulla terza branca del trigemino non coinvolta nella regione. Inoltre risulta incompleta poiché omette completamente il nervo oculomotore comune presente nei rapporti anatomo-chirurgici.
- **C) Oculomotore comune, trocleare e abducente**: È una risposta parziale che elenca correttamente i tre nervi decorrenti nel corpo del seno cavernoso, ma tralascia i rami oftalmico e mascellare del trigemino, posti invece nella parete laterale.
- **D) Oculomotore comune, trocleare, seconda e terza branca del trigemino**: Include erroneamente la terza branca del trigemino, nota come nervo mandibolare. Questa branca non mantiene alcuno rapporto con il seno cavernoso e decorre invece verso il foro ovale.
- **E) Abducente, seconda e terza branca del trigemino**: È errata per la mancata citazione di entrambi i nervi oculomotore e trocleare, fondamentali per la cavità. Cita inoltre nuovamente la terza branca del trigemino, assente in questa sede anatomica.

**26** **Un uomo di 40 anni è rimasto vittima di un incidente della strada. Giunge in Pronto Soccorso in stato soporoso con il seguente quadro clinico: apertura degli occhi allo stimolo doloroso, retrazione dallo stimolo doloroso, emissioni di suoni incomprensibili. Lo studio TC dell'encefalo documenta una minima iperdensità in sede sottocorticale temporale posteriore e una minima quota ematica intraventricolare. Quale tra i seguenti è il provvedimento mandatorio da mettere in atto indipendentemente da altre misure utili/necessarie?**

A Posizionamento di un sistema per il monitoraggio della pressione intracranica

B **Ricovero in terapia intensiva**

C Ripetizione dello studio TC encefalo a distanza di 6 ore

D Ripetizione dello studio TC encefalo a distanza di 12 ore

E Esecuzione di studio RM

**Risposta giusta: B**

Il paziente presenta uno **stato soporoso** con grave **alterato livello di coscienza**, quadro che impone una gestione immediata nonostante le lesioni radiologiche appaiano minime. Il **ricovero in terapia intensiva** è la misura fondante per garantire il **monitoraggio neurologico** continuo e permettere una pronta **gestione delle vie aeree**. Nessuna altra procedura sostituisce questo passaggio prioritario.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Posizionamento di un sistema per il monitoraggio della pressione intracranica**: L'impianto di un sistema per il monitoraggio della pressione intracranica non risulta automaticamente prescritto per tutte le presentazioni simili. La sua installazione viene riservata a casi clinici più gravi o soggetti a precisi criteri di rischio ipertensione endocranica.
- **C) Ripetizione dello studio TC encefalo a distanza di 6 ore**: La ripetizione della TC encefalo a distanza di 6 ore non costituisce l'intervento iniziale obbligatorio. Tale controllo è indicato solo in presenza di peggioramento clinico documentato o come parte di protocolli di osservazione successivi, mai prima di aver assicurato la stabilizzazione del paziente.
- **D) Ripetizione dello studio TC encefalo a distanza di 12 ore**: La ripetizione dello studio TC a 12 ore rientra nelle attività di follow-up ma non impone un'azione immediata obbligatoria. La sorveglianza intensiva predomina sul programma di controllo radiologico nelle prime ore post-accidente, poiché l'evoluzione clinica guida le decisioni terapeutiche iniziali.
- **E) Esecuzione di studio RM**: L'esecuzione della risonanza magnetica non ha priorità nella fase acuta del trauma cranico. Pur offrendo dettagli diagnostici superiori sui tessuti cerebrali, non soddisfa le urgenti esigenze di stabilizzazione immediata e sorveglianza continua tipiche degli eventi traumatici attuali.

**27** **Una donna di 62 anni si presenta in Pronto Soccorso accusando cefalea, nausea e sensazione di vomito, annebbiamento visivo, dolore, fotofobia e lacrimazione all'occhio destro insorti da meno di un'ora mentre guardava la televisione. Non riferisce storia di traumi o contatto con sostanze chimiche, né precedenti interventi chirurgici. Non assume farmaci. Alla luce di questa sintomatologia cosa si deve fare in prima istanza?**

A Osservare il segmento anteriore alla lampada a fessura e valutare il fondo dell'occhio previa instillazione di collirio midriatico

B Esame del campo visivo

C Prescrivere una terapia antidolorifica e antiemetica

**D Osservare il segmento anteriore alla lampada a fessura e misurare il tono oculare**

E Fluorangiografia

**Risposta giusta: D**

Il quadro clinico sospetta un improvviso rialzo della **pressione intraoculare** secondario a un attacco di **glaucoma acuto**. In urgenza è obbligatorio osservare il segmento anteriore alla lampada a fessura e misurare il tono oculare. La **tonometria** fornisce il dato decisivo per confermare il sospetto e avviare subito la terapia corretta.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Osservare il segmento anteriore alla lampada a fessura e valutare il fondo dell'occhio previa instillazione di collirio midriatico**: L'ispezione alla lampada a fessura è corretta, ma instillare **collirio midriatico** è pericoloso in presenza di sospetto glaucoma acuto ad angolo chiuso. La dilatazione pupillare favorisce l'accumulo di umor acqueo peggiorando la crisi, inoltre tale opzione omette completamente la misurazione preventiva della pressione oculare che deve essere sempre la priorità.
- **B) Esame del campo visivo**: L'esame del campo visivo non è l'esame iniziale in una crisi acuta. Tale prova è indicata principalmente per lo studio del glaucoma cronico o per valutare alterazioni neuro-oftalmiche, ma richiede tempi e cooperazione del paziente incompatibili con la gestione immediata dell'urgenza.
- **C) Prescrivere una terapia antidolorifica e antiemetica**: Limitarsi a prescrivere antidolorifici e antiemetici costituisce una pura terapia sintomatica. Controllare il dolore e la nausea senza un riscontro oftalmologico immediato rischia di mascherare il quadro e ritardare la cura di una patologia che può causare cecità rapida e permanente.
- **E) Fluorangiografia**: La fluorangiografia serve per analizzare la circolazione retinica e le anomalie del fundus oculare. Non trova applicazione in questo caso, poiché la sintomatologia segnala chiaramente un problema del segmento anteriore correlato alla pressione, non alla vascolarizzazione posteriore.

**28** **Il test di Amsler è:**

A Un test per valutare se i bulbi oculari sono in asse

B Un test per valutare la capacità di discriminare i colori

C Un test per valutare la presenza o meno di miodesopsie

**D Un test per valutare la presenza o meno di metamorfopsie**

E Un test per valutare la stereopsi

**Risposta giusta: D**

Il test di Amsler valuta la presenza di **metamorfopsie**, alterazioni per cui le linee rette appaiono ondulate o deformate. Si esegue osservando una griglia standardizzata e serve principalmente a monitorare la funzione della **macula**. È uno strumento rapido ed essenziale nello screening delle patologie retiniche centrali.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Un test per valutare se i bulbi oculari sono in asse**: Questo esame valuta l'allineamento dei bulbi oculari e i disturbi della motilità oculare, non la distorsione della visione centrale.
- **B) Un test per valutare la capacità di discriminare i colori**: La capacità di discriminare i colori richiede test dedicati come le tavole di Ishihara, non una griglia monocromatica.
- **C) Un test per valutare la presenza o meno di miodesopsie**: Le miodesopsie corrispondono ai comuni corpi mobili fluttuanti nel campo visivo e non vengono individuate tramite il disegno a maglie.
- **E) Un test per valutare la stereopsi**: La **stereopsi** misura la percezione tridimensionale della profondità e del rilievo e si ottiene con prove specifiche diverse da quella di Amsler.

**29** **Un uomo di 72 anni presenta lacrimazione, iperemia e dolore all'occhio sinistro e alla regione periorbitaria e frontale omolaterale. L'esame alla lampada a fessura, previa colorazione con fluoresceina, rivela la presenza di una lesione corneale arboriforme. Questo reperto è indicativo di:**

A Cheratocongiuntivite Vernal
B Cheratocongiuntivite flittenulare
C **Herpes Zoster oftalmico**
D Cheratite neurotrofica
E Sindrome di Sjogren

**Risposta giusta: C**

La presenza di una **lesione corneale arboriforme** è il segno distintivo dell'infezione erpetica nel territorio del **nervo oftalmico**. Il dolore fronto-orbitario, l'iperemia e la lacrimazione combinate con l'evidenza delle alterazioni epiteliali tramite **fluoresceina** confermano la diagnosi di **herpes zoster oftalmico**.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Cheratocongiuntivite Vernal**: La cheratocongiuntivite vernal è una risposta allergica tipica dei soggetti giovani, caratterizzata da prurito intenso e ingrossamento delle papille congiuntivali, senza alcun rapporto con le ulcere dendritiche o ramificate.
- **B) Cheratocongiuntivite flittenulare**: La cheratocongiuntivite flittenulare rappresenta una reazione d'ipersensibilità localizzata a piccoli noduli infiammatori sclero-cornejali, estranea alla patogenesi virale che origina le lesioni cornee arboriformi.
- **D) Cheratite neurotrofica**: La cheratite neurotrofica causa un deficit della sensibilità corneale con difetti epiteliali persistenti, ma non genera la tipica ramificazione ulcerosa; inoltre il dolore è marcatamente ridotto o assente proprio a causa della neuropatia sensitiva.
- **E) Sindrome di Sjogren**: La sindrome di Sjögren produce secchezza oculare cronica e irritazione persistente ma non induce quadri infiammatori acuti né la formazione di lesioni epiteliali a forma di albero visibili con colorazione specifica.

**30** **Un ragazzo di 13 anni lamenta dolore in regione inguino-femorale destra con irradiazione al ginocchio. Il paziente ha abitudini di vita sedentarie, è in sovrappeso e presenta una distribuzione ginoide dell'adipe con lieve ginecomastia. Nell'anamnesi, il dolore è iniziato da alcune settimane e peggiora con il carico. I genitori sono preoccupati perché hanno notato l'insorgenza di una lieve zoppia. All'esame obiettivo, l'arto inferiore è atteggiato in adduzione e rotazione esterna e l'intrarotazione dell'anca causa dolore. Quale fra le seguenti è la diagnosi più probabile?**

A Sinovite transitoria dell'anca

B Frattura da stress del collo femorale

C Ernia inguinale

D Coxa vara

**E Epifisiolisi dell'anca**

**Risposta giusta: E**

L'epifisiolisi della testa femorale colpisce tipicamente adolescenti in sovrappeso con dolore inguinale irradiato al ginocchio e insorgenza graduale. La limitazione dolorosa dell'**intrarotazione** e l'arto in **adduzione e rotazione esterna** derivano dallo slittamento dell'epifisi rispetto al colletto attraverso una cartilagine di accrescimento indebolita. La presenza di ginecomastia indica un possibile squilibrio **ormonale** che riduce la resistenza fisica della placca di crescita. Questi elementi insieme rendono la patologia la diagnosi più probabile.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Sinovite transitoria dell'anca**: La sinovite transitoria interessa prevalentemente bambini sotto i dieci anni e si associa spesso a un evento infettivo virale precedente. Il decorso risulta acuto o subacuto senza i segni meccanici cronicizzanti tipici dello slittamento epifisario.
- **B) Frattura da stress del collo femorale**: Una frattura da stress può manifestarsi con dolore al carico e zoppia, ma è statisticamente meno frequente nel contesto pediatrico obeso. La postura caratteristica dell'anca in rotazione esterna combinata alla marcata limitazione in intrarotazione orienta nettamente verso una patologia della cartilagine di accrescimento anziché uno stress osseo.
- **C) Ernia inguinale**: Un'ernia inguinale provoca dolore locale ma non giustifica la zoppia progressiva, l'atteggiamento posturale dell'arto né i segni di limitazione articolare dell'anca. Manca inoltre qualsiasi correlazione con fattori metabolici o con l'età evolutiva.
- **D) Coxa vara**: La coxa vara rappresenta una malformazione strutturale caratterizzata da un angolo cervo diafisario patologicamente ridotto fin dall'infanzia. Non produce un quadro sintomatologico recente né lo specifico atteggiamento posturale osservato nell'esame obiettivo.

**31** **Una donna di 45 anni, casalinga, riferisce dolore in corrispondenza dell'avampiede destro insorto da diversi mesi. È stata trattata dal proprio medico curante con ripetuti cicli di terapia antalgica senza beneficio. Il dolore è di tipo trafittivo, simile ad una scossa elettrica, ed è localizzato fra il terzo e il quarto dito del piede, peggiora con la deambulazione e migliora fuori carico. Talvolta compaiono anche a riposo parestesie irradiate al polpastrello del terzo e quarto dito del piede. Quale fra le seguenti è la diagnosi più probabile?**

- **A** **Neuroma di Morton**
- **B** Fascite plantare
- **C** Tenosinovite dei flessori delle dita del piede
- **D** Artrite gottosa
- **E** Metatarsalgia

**Risposta giusta: A**

Il quadro clinico è tipico di una compressione del nervo digitale plantare comune nel **terzo spazio intermetatarsale**. Le caratteristiche fondamentali sono un **dolore elettrico**, la sede tra il terzo e il quarto dito, il peggioramento durante il carico e la comparsa di parestesie irradiate.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **B) Fascite plantare**: La fascite plantare provoca dolore nella regione del **calcaneo** o sotto la pianta del piede. Manifesta maggiore intensità nei primi passi mattutini e la sua sede anteriore non corrisponde al caso descritto.
- **C) Tenosinovite dei flessori delle dita del piede**: La tenosinovite dei **flessori** causa dolore locale e fastidio funzionale. Non provoca radiazioni dolorose con parestesie poiché non deriva da compressione nervosa.
- **D) Artrite gottosa**: L'artrite gottosa si presenta solitamente come un evento acuto a carico dell'**alluce**. Il paziente riferisce tipicamente arrossamento e gonfiore locali, assenti in questo quadro clinico cronico.
- **E) Metatarsalgia**: La metatarsalgia indica genericamente dolore a livello dell'avampiede senza precisarne la causa. Non giustifica la natura neuropatica della sintomatologia né la presenza di intorpidimento agli estremi delle dita.

**32** **Un uomo di 35 anni accede al Pronto Soccorso dopo una caduta sulla spalla sinistra. Esaminato dallo specialista, viene posta diagnosi clinica e radiografica di lussazione anteriore della spalla. All'esame obiettivo è assente la sensibilità della cute in regione deltoidea, ma non è possibile apprezzare l'attività contrattile del deltoide per il forte dolore causato dalla lussazione. Quale fra le seguenti è la complicazione più probabile della lussazione?**

- **A** **Una lesione del nervo ascellare**
- **B** Una lesione del nervo soprascapolare
- **C** Una lesione del nervo muscolo-cutaneo
- **D** Una lesione del nervo mediano
- **E** Una lesione del nervo radiale

**Risposta giusta: A**

Nella lussazione anteriore della spalla il nervo più frequentemente lesionato è il nervo ascellare, poiché passa in stretta relazione con il collo chirurgico dell'omero e la capsula articolare. Il quadro clinico evidenzia una perdita di sensibilità nella regione deltoidea, corrispondente al territorio cutaneo di tale nervo. Il potenziale deficit contrattile del muscolo deltoide rimane invece spesso occultato dal forte dolore.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **B) Una lesione del nervo soprascapolare**: Il nervo soprascapolare controlla esclusivamente i muscoli sovraspinato e sottospinato. La sua compromissione altererebbe l'abduzione iniziale e la rotazione esterna senza generare alcun sintomo sensitivo deltoideo.
- **C) Una lesione del nervo muscolo-cutaneo**: Il nervo muscolo-cutaneo percorre il comparto anteriore del braccio e regola la flessione del gomito unitamente alla troficità cutanea laterale dell'avambraccio. Non risulta anatomicamente coinvolto nei movimenti di instabilità antero-inferiore della spalla.
- **D) Una lesione del nervo mediano**: Il nervo mediano non è esposto allo stesso rischio meccanico. La sua lesione si associa comunemente a traumi del gomito, del polso o alla compressione nel tunnel carpale.
- **E) Una lesione del nervo radiale**: Il nervo radiale presenta un rischio elevato nelle fratture diafeisarie dell'omero. Nella specifica dinamica di sublussazione gleno-omerale anteriore resta invece una patologia secondaria.

**33** **Una donna di 58 anni affetta da un carcinoma mammario ha dovuto effettuare uno svuotamento ascellare a destra. Dopo l'intervento è comparsa una scapola alata a destra. Quale fra le seguenti è la diagnosi più probabile?**

A Paralisi del nervo ascellare
B Deformità di Sprengel
C Paralisi del nervo radiale
D **Paralisi del nervo toracico lungo**
E Paralisi del nervo soprascapolare

**Risposta giusta: D**

Lo svuotamento ascellare espone il **nervo toracico lungo** a rischio iatrogeno per il suo decorso lungo la parete toracica laterale. Tale nervo fornisce la innervazione motoria al **dentato anteriore**, muscolo fondamentale per tenere la scapola aderente alla gabbia toracica. La paralisi di questo muscolo provoca la tipica protrusione posteriore della scapola definita **scapola alata**.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Paralisi del nervo ascellare**: Il nervo ascellare provvede esclusivamente all'innervazione del deltoide e del piccolo rotondo. Il suo danno clinico comporta limitazione dell'abduzione del braccio e disturbi sensitivi nella zona laterale della spalla, senza relazione con la scapola alata.
- **B) Deformità di Sprengel**: La deformità di Sprengel consiste in un'anomalia congenita caratterizzata dalla posizione troppo alta e mediale della scapola. Si tratta di una patologia sviluppata in utero e non può insorgere come complicanza acuta successiva a un intervento chirurgico linfonodale.
- **C) Paralisi del nervo radiale**: Il nervo radiale innerva prevalentemente i gruppi muscolari estensori di gomito, polso e dita. La sua lesione si manifesta con deficit dell'estensione del polso e non genera alcuna alterazione della postura scapolare.
- **E) Paralisi del nervo soprascapolare**: Il nervo soprascapolare regola l'attività contrattile del sovraspinato e del sottospinato. L'interruzione di questa via compromise le prime fasi dell'abduzione e la rotazione esterna della spalla, ma non interfere con il posizionamento della scapola contro il torace.

**34** **In un ambulatorio di Ortopedia Pediatrica viene condotto a visita un bambino di 3 anni. La madre è preoccupata per il piattismo dei piedi del figlioletto. All'esame obiettivo, i piedi si presentano effettivamente piatti, ma il piccolo non lamenta alcun dolore. La mobilità della caviglia e delle articolazioni del piede è nei limiti fisiologici per l'età e il bambino cammina normalmente. Quale fra i seguenti è il più corretto orientamento terapeutico?**

A Il bimbo necessita di correzione chirurgica

**B Il bimbo non necessita di alcun trattamento perché il piede piatto è fisiologico a 3 anni**

C Il bimbo necessita di plantari con sostegno alla volta longitudinale del piede

D Il bimbo deve essere trattato con apparecchi gessati correttivi

E Il bimbo necessita di plantari con speronatura al tacco delle calzature

**Risposta giusta: B**

A 3 anni il **piede piatto** è frequentemente un reperto **fisiologico**. L'arco plantare si forma **progressivamente** con la crescita ossea e muscolare. In assenza di dolore, con una deambulazione regolare e una mobilità articolare nei limiti per l'età, non esistono cause patologiche da correggere. L'orientamento terapeutico si limita a **rassicurare** i genitori e osservare l'evoluzione nel tempo.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Il bimbo necessita di correzione chirurgica**: La correzione chirurgica ha zero indicazione in età pediatrica precoce per manifestazioni prive di sofferenza dolorosa e con un assetto posturale pienamente coerente con la fisiologia dello sviluppo motorio.
- **C) Il bimbo necessita di plantari con sostegno alla volta longitudinale del piede**: I plantari con sostegno alla volta longitudinale risultano superflui a tre anni quando il piede è flessibile, completamente asintomatico e perfettamente compatibile con la normale età evolutiva.
- **D) Il bimbo deve essere trattato con apparecchi gessati correttivi**: Gli apparecchi gessati vengono impiegati solo per deformità marcate o quadri patologici specifici, rendendoli inappropriati per un piede piatto innocuo, flessibile e privo di sintomi.
- **E) Il bimbo necessita di plantari con speronatura al tacco delle calzature**: La speronatura al tacco non rappresenta un trattamento indicato per il piede piatto fisiologico dell'infanzia e non risolve eventuali squilibri strutturali o funzionali di base.

**35** **Un paziente di 45 anni si presenta con storia di ipoacusia fluttuante, vertigini ricorrenti ed acufeni. Quale tra le seguenti è la diagnosi più probabile?**

- **A** **Malattia di Menière**
- **B** Ipoacusia improvvisa
- **C** Otite esterna bilaterale
- **D** Sindrome dell'acquedotto vestibolare corto
- **E** Otite bollosa emorragica

**Risposta giusta: A**

La **triade classica** di ipoacusia fluttuante, vertigini ricorrenti e acufeni nell'adulto indica una patologia dell'orecchio interno legata a **squilibri endolinfatici**. Il quadro **episodico** e la comparsa in età adulta rendono questa la diagnosi più probabile.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **B) Ipoacusia improvvisa**: L'ipoacusia improvvisa si presenta come perdita uditiva acuta e stabile, non fluttuante. Manca l'associazione temporale con vertigini ricorrenti e acufeni nel tempo.
- **C) Otite esterna bilaterale**: L'otite esterna bilaterale provoca principalmente dolore, prurito e secrezione del condotto uditivo. Non genera mai la combinazione vestibolo-cochleare descritta né crisi vertiginose ricorrenti.
- **D) Sindrome dell'acquedotto vestibolare corto**: La sindrome dell'acquedotto vestibolare corto è una condizione **congenita** o strutturale con sintomi spesso scatenati da traumi o variazioni pressorie. Il quadro ricorrente tipico del paziente è meno compatibile con questa alterazione anatomica.
- **E) Otite bollosa emorragica**: L'otite bollosa emorragica è una forma infiammatoria che causa dolore auricolare intenso e lesioni emorragiche sul timpano o nel condotto. Non giustifica la triade sintomatologica presentata dal paziente.

---

**36** **Nel sospetto di labirintolitiasi del canale semicircolare posteriore, quale fra le seguenti manovre liberatorie è opportuno eseguire?**

- **A** Manovra di Dix Hallpike
- **B** Manovra di Valsalva
- **C** **Manovra di Epley**
- **D** Manovra di Pagnini-McClure
- **E** Manovra di Gufoni

**Risposta giusta: C**

Nel sospetto di labirintolitiasi del canale semicircolare posteriore, la terapia mirata al **riposizionamento degli otoliti** rappresenta l'intervento standard. Il protocollo sfruttato combina una precisa sequenza di inclinazioni per spostare i cristalli dall'ampolla fino all'utricolo, risolvendo il deficit posizionale.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Manovra di Dix Hallpike**: Ha natura puramente diagnostica, poiché induce la vertigine per confermare il sospetto clinico senza garantire alcuna azione terapeutica liberatoria.
- **B) Manovra di Valsalva**: Estranea alla patologia dei canali semicircolari; il suo utilizzo è riservato a manifestazioni come le disfunzioni tubariche o patologie dell'orecchio medio.
- **D) Manovra di Pagnini-McClure**: Focalizzata sull'analisi del nistagmo nei canali orizzontali, non fornisce gli effetti mobilizzatori richiesti per il tratto posteriore.
- **E) Manovra di Gufoni**: Specifica per il VPPB del canale orizzontale e le relative varianti, risultando inefficace per la localizzazione del problema segnalato.

**37** **Paziente di 45 anni si rivolge allo specialista otorinolaringoiatra per disfonia persistente. La fibrolaringoscopia evidenzia una paralisi della corda vocale sinistra in assenza di lesioni a carico della laringe. Quale tra le seguenti diagnosi NON deve essere sospettata?**

- **A** **Ascesso peritonsillare**
- **B** Neurinoma vagale
- **C** Infiltrazione neoplastica del nervo laringeo ricorrente
- **D** Glomo timpano giugulare
- **E** Infiltrazione neoplastica del nervo vago

**Risposta giusta: A**

La paralisi delle corde vocali senza lesioni evidenti della laringe indica un danno lungo il decorso del nervo vago o del nervo laringeo ricorrente. Le cause devono cercare alterazioni che interrompano l'innervazione motoria glottica. L'ascesso peritonsillare è una patologia infiammatoria locale dell'orofaringe che provoca dolore, febbre, trisma e voce ovattata, ma non danneggia mai i nervi cranici responsabili della motilità vocale.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **B) Neurinoma vagale**: Un neurinoma del nervo vago va incluso nel confronto diagnostico perché la formazione tumorale esercita una forte **compressione** sul tronco nervoso lungo il collo. Questo meccanismo interferisce direttamente con la trasmissione degli impulsi motori verso la laringe. La conseguenza clinica è la comparsa di disfonia o paralisi cordale, quindi la diagnosi differenziale deve considerarlo prioritariamente.
- **C) Infiltrazione neoplastica del nervo laringeo ricorrente**: L'infiltrazione neoplastica del nervo laringeo ricorrente è riconosciuta come etiologia frequente nei casi isolati di paralisi vocale. Questo ramo anatomico controlla direttamente tutti i muscoli coinvolti nella tensione e adduzione delle corde vocali. La sua compromissione meccanica spiega perfettamente il deficit motorio osservato senza necessità di altre patologie concomitanti.
- **D) Glomo timpano giugulare**: Il glomo timpano giugulare richiede sospetto clinico poiché i paragangliomi di questa zona si sviluppano adiacenti al forame giugulare. La crescita massiva coinvolge i nervi cranici contigui, in modo specifico il vago. La **lesione** meccanica sui tratti nervosi determina la paralisi della corda vocale senza richiedere danni laringei primari.
- **E) Infiltrazione neoplastica del nervo vago**: L'infiltrazione neoplastica del nervo vago va esaminata con tecniche di imaging perché il tessuto maligno sostituisce progressivamente la guaina nervosa originale. L'accrescimento tumorale danneggia le fibre motorie destinate agli intrinseci della laringe. La **denervazione** conseguente si traduce inevitabilmente in paralisi laringea monilaterale stabile.

**38** **Un uomo di 62 anni si reca dall'urologo perché da qualche tempo ha dei disturbi urinari (pollachiuria, urgenza minzionale, minzione in due tempi); inoltre, ha notato un aumento del PSA totale che è passato da 3,8 ng/mL a 6,5 ng/mL, con un rapporto tra PSA libero e totale di 0,17. All'esplorazione digito-rettale si apprezza un'area di consistenza aumentata a livello postero-laterale del lobo prostatico di destra. Quale tra i seguenti è l'esame da eseguire in prima istanza?**

- **A** **RM multiparametrica della prostata**
- **B** Ecografia prostatica sovrapubica
- **C** Biopsia prostatica random
- **D** PET/TC con colina
- **E** TC addome

**Risposta giusta: A**

Il paziente presenta un innalzamento del **PSA totale** da $3.8$ a $6.5$ $\mathrm{ng/mL}$. Il rapporto libero su totale scende a $0.17$ mentre l'**esame rettale** rivela un indurimento postero-laterale destro. La **RM multiparametrica** caratterizza l'**area sospetta** prima di qualsiasi intervento. Questo studio pianifica una **biopsia** mirata migliorando l'accuratezza diagnostica.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **B) Ecografia prostatica sovrapubica**: L'esplorazione ecografica sovrapubica valuta solo parametri volumetrici e il residuo post-minzionale. Lo strumento manca della risoluzione necessaria per discriminare tessuti neoplastici.
- **C) Biopsia prostatica random**: L'agobiopsia prostatica random non segue più i protocolli vigenti. Le direttive cliniche impongono la risonanza magnetica preventiva per indirizzare i prelievi sulle lesioni evidenziate.
- **D) PET/TC con colina**: La PET/TC con colina non costituisce il passo iniziale. La tecnica strumentale resta riservata alla stadiazione avanzata o al monitoraggio delle recidive metastatiche.
- **E) TC addome**: La tomografia computerizzata addominale risulta inefficace nello staging locale primario. L'apparato non discrimina adeguatamente la capsula prostatica né il parenchima ghiandolare.

**39** **Una donna di 50 anni esegue una TC con mdc che evidenzia la presenza di una formazione a contenuto liquido del polo inferiore del rene destro, con spessi setti e zone solide al suo interno che assumono contrasto. Il quadro radiologico è compatibile con:**

A Ematoma renale

B **Cisti renale Bosniak IV**

C Cisti renale Bosniak II

D Cisti renale semplice

E Tumore a cellule chiare del rene

**Risposta giusta: B**

La presenza di **setti spessi** e **componenti solide** con **captazione di contrasto** indica una lesione cistica complessa ad alto rischio di malignità. Il criterio decisivo è la **vascolarizzazione** della componente solida interna, che classifica automaticamente il reperto come cisti renale Bosniak IV.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Ematoma renale**: L'ematoma renale può presentare contenuto variabile ma non mostra tipicamente setti spessi o aree solide con contrasto; l'assenza di enhancement distingue il sanguinamento organizzato dalla lesione neoplastica cistica.
- **C) Cisti renale Bosniak II**: Le cisti Bosniak II sono essenzialmente benigne e mostrano solo minime irregolarità o sottili setti, mancando completamente le componenti solide captanti e gli aspetti aggressivi descritti.
- **D) Cisti renale semplice**: La cisti renale semplice presenta pareti sottili e contenuto omogeneo senza setti spessi né impregnazione di contrasto, mentre il quadro descritto risulta chiaramente complesso.
- **E) Tumore a cellule chiare del rene**: Il tumore a cellule chiare può presentarsi come massa eterogenea e vascolarizzata, ma la descrizione radiologica è più tipica di una lesione cistica complessa classificabile con la scala Bosniak rispetto a un tumore solido primitivo.

**40** **Un bambino di dieci anni presenta tumefazione dello scroto che si riduce durante la notte. Qual è la diagnosi più probabile tra le seguenti?**

- **A** **Idrocele comunicante**
- **B** Tumore del testicolo
- **C** Orchiepididimite
- **D** Varicocele
- **E** Cisti epididimale

**Risposta giusta: A**

La tumefazione che regredisce nel riposo indica una raccolta di liquido in **comunicazione con la cavità addominale**. Nei bambini la causa è la **persistenza del dotto peritoneo-vaginale**. Il fluido risale verso l'addome quando il paziente è sdraiato, creando una **variabilità dimensionale** tipica.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **B) Tumore del testicolo**: Il tumore testicolare si presenta come una massa solida compatta. Non subisce riduzioni spontanee legate alla postura o al sonno.
- **C) Orchiepididimite**: L'orchiepididimite è un processo infiammatorio acuto. Richiede sempre segni clinici come dolore, calore locale e arrossamento, senza regressione notturna.
- **D) Varicocele**: Il varicocele migliora da sdraiati, ma è prevalentemente un disturbo adulto. Nel bambino di dieci anni resta un'ipotesi meno probabile.
- **E) Cisti epididimale**: La cisti epididimale è una formazione benigna e statica. Manca qualsiasi variazione volumetrica significativa nei cambi posturali.

**41** **Una donna di 32 anni è seguita presso un centro di Immunologia Clinica in quanto affetta da immunodeficienza comune variabile (CVID). In anamnesi sono riportati i seguenti eventi: frequenti episodi di infezioni delle vie urinarie (il primo a 15 anni); frequenti episodi di flogosi delle vie respiratorie (a partire da 17 anni) ed un episodio di sinusite acuta trattato con antibiotico terapia; pericardite a 20 anni; crisi convulsiva all'età di 23 anni (di natura epilettica, in terapia profilattica con lamotrigina); pielonefrite sinistra da Escherichia coli resistente ai fluorochinoloni all'età di 24 anni. Quali fra i dati anamnestici di seguito riportati NON è direttamente associato alla CVID?**

A Flogosi recidivanti delle vie urinarie
B Pericardite
C Pielonefrite da Escherichia coli
D **Crisi convulsiva (epilessia)**
E Flogosi delle vie respiratorie

**Risposta giusta: D**

La $CVID$ provoca principalmente **infezioni ricorrenti** respiratorie e urinarie a causa di ipogammaglobulinemia. La pericardite può insorgere come complicanza infiammatoria o settica. Le **crisi epilettiche** non appartengono al fenotipo immunologico e richiedono indagini neurologiche separate.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Flogosi recidivanti delle vie urinarie**: Le flogosi urinarie recidive sono compatibili con lo stato immunodepresso. L'aumentata frequenza infettiva riguarda prevalentemente l'albero bronchiale ma interessa spesso anche il tratto urinario.
- **B) Pericardite**: La pericardite rientra nelle possibili complicanze sistemiche. Può manifestarsi come estensione settica diretta o come reazione infiammatoria autoimmune caratteristica delle immunodeficienze umorali.
- **C) Pielonefrite da Escherichia coli**: La pielonefrite è coerente con la maggiore sensibilità patogenetica. I deficit anticorpali facilitano la colonizzazione batterica ascendente, rendendo l'infezione renale alta un evento clinicamente atteso.
- **E) Flogosi delle vie respiratorie**: Le flogosi respiratorie costituiscono il quadro sintomatologico più classico. La ridotta produzione di immunoglobuline compromette la clearance microbica, predisponendo a bronchiti, sinusiti e polmoniti frequenti.

**42** **Un uomo di 73 anni, seguito per un pregresso melanoma del dorso, presenta ad un controllo programmato una neoformazione della regione sottoclavicolare destra, nettamente aumentata dall'ultimo controllo, di circa 3 cm di diametro, rilevata, di colore marrone chiaro, ruvida al tatto. Sono presenti altre neoformazioni simili, di diametro minore, sia a livello del torace che del collo. Alla dermatoscopia si apprezzano sbocchi follicolari simil-comedonici e pseudo-cisti cornee. Quale diagnosi suggeriscono la clinica e la dermatoscopia?**

A Melanoma

B Nevo displastico

C Carcinoma a cellule squamose

D Carcinoma a cellule basali

**E Cheratosi seborroica pigmentata**

**Risposta giusta: E**

La clinica e la dermatoscopia orientano verso una **cheratosi seborroica**. Nel soggetto anziano compaiono spesso lesioni multiple, rilevate, brune e con superficie ruvida. I reperti delle **pseudo-cisti cornee** e degli **sbocchi comedonici** sono estremamente caratteristici di questa lesione benigna. Nonostante la pregressa melanomatosi richieda attenzione, i segni osservati escludono la malignità.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Melanoma**:
- **B) Nevo displastico**:
- **C) Carcinoma a cellule squamose**:
- **D) Carcinoma a cellule basali**:

**43** **Maschio di 40 anni, celiaco, si presenta all'osservazione con un'eruzione papulo-vescicolosa, simmetrica che si localizza preferenzialmente alle superfici estensorie degli arti. Il paziente riferisce intenso prurito e bruciore per il quale non ha trovato giovamento da una terapia con antistaminico per os prescritta dal Medico di Medicina Generale. Il segno di Nikolski è assente. Agli esami ematici si riscontrano anticorpi IgA anti-transglutaminasi epidermica (TG3) e anti-transglutaminasi tessutale a basso titolo. Viene eseguita una biopsia della cute che evidenzia uno scollamento dermo-epidermico alla microscopia ottica e, all'immunofluorescenza diretta, depositi granulari di IgA situati all'apice delle papille dermiche. Quale tra le seguenti è la diagnosi più probabile?**

A Scabbia bollosa
B Pemfigoide bolloso di Lever
C Dermatosi a IgA lineare
D **Dermatite erpetiforme**
E Pemfigo volgare

**Risposta giusta: D**

Il paziente presenta **lesioni papulo-vescicolose** sulle **superfici estensorie** con intenso prurito. La patologia di base associata agli **anticorpi anti-TG3** orienta verso una diagnosi specifica. La biopsia cutanea conferma il quadro con **depositi granulari di IgA** all'apice delle **papille dermiche**.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Scabbia bollosa**: Provoca un quadro pruriginoso con distribuzione e contesto clinico differenti. Non spiega la presenza dei depositi di IgA né il legame con la celiachia. Eventuali bolle non corrispondono al profilo immunopatologico descritto.
- **B) Pemfigoide bolloso di Lever**: Interessa maggiormente soggetti anziani e provoca bolle tese. L'immunofluorescenza rivela un deposito lineare lungo la membrana basale con IgG e complemento C3. I dati clinici e di laboratorio non coincidono con il caso presentato.
- **C) Dermatosi a IgA lineare**: Presenta un pattern immunofluorescente lineare lungo la giunzione dermo-epidermica. Tale disposizione differisce nettamente dai depositi granulari osservati nelle papille dermiche. Possono verificarsi lesioni vescicolo-bollose ma il referto immunopatologico esclude la patologia.
- **E) Pemfigo volgare**: Manifesta bolle flaccide ed erosioni mucose frequenti. Il segno di Nikolski risulta spesso positivo nell'esame clinico. L'immunofluorescenza mostra depositi intercellulari di IgG anziché IgA granulari localizzati alle papille dermiche.

**44** **Un uomo di 73 anni si presenta a visita ematologica poiché da un paio di mesi lamenta febbricola vespertina associata ad anemia. Gli esami di funzionalità epatica e renale sono normali. Ad una valutazione infettivologica non sono emersi elementi indirizzanti verso una patologia infettiva. All'esame obiettivo si rileva splenomegalia. Quale tra i seguenti dovrebbe essere il primo ulteriore approfondimento diagnostico?**

- **A** **Biopsia osteomidollare**
- **B** Biopsia splenica
- **C** Fibroscan epatico
- **D** Ecografia addominale con mdc
- **E** PET con FDG

**Risposta giusta: A**

Il paziente anziano riferisce febbricola e anemia mentre l'esame obiettivo evidenzia splenomegalia. L'esclusione di cause infettive e la normalità degli esami epatici e renali orientano verso una malattia sistematica con possibile compromissione ematopoietica. La **biopsia osteomidollare** rappresenta il primo approfondimento necessario per valutare infiltrazioni, mielofibrosi o neoplasie del **midollo osseo**. Garantisce una diagnosi istologica diretta, fondamentale per orientare le successive strategie terapeutiche.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **B) Biopsia splenica**: La biopsia splenica è una procedura ad elevato rischio emorragico e rara nell'iter standard. Si valuta esclusivamente in rari casi refrattari, poiché lo studio **midollo osseo** rimane nettamente preferibile per sicurezza, accessibilità e densità di informazioni ottenibili.
- **C) Fibroscan epatico**: Il fibroscan è utile per quantificare il tessuto cicatriziale in presenza di sospetta epatopatia cronica. L'assenza di alterazioni nei test di funzionalità epatica e i dati anamnestici negativi rendono questo strumento irrilevante per il quadro clinico attuale.
- **D) Ecografia addominale con mdc**: L'ecografia addominale con mezzo di contrasto verificherebbe solo una dimensione splenica già accertata clinicamente. Non fornisce indizi eziologici sull'anemia e sulla febbre né indirizza verso un corretto iter ematologico.
- **E) PET con FDG**: La PET con FDG non si utilizza nella fase diagnostica iniziale. Rimane un esame di secondo livello riservato allo staging o alla ricerca di sedi extramedullari, successivamente alla conferma della natura cellulare della malattia.

**45** **In una donna di 75 anni, pervenuta all'osservazione per poliglobulia persistente, dopo aver escluso cause secondarie di eritrocitosi è stata riscontrata la mutazione V617F del gene JAK2, in omozigosi. Alla luce del quadro clinico-laboratoristico, la strategia terapeutica si baserà su:**

A Solo terapia citoriduttiva
B Solo terapia antiaggregante piastrinica
C **Terapia antiaggregante piastrinica e citoriduttiva**
D Nessun provvedimento
E Solo salassoterapia

**Risposta giusta: C**

Il quadro clinico e la mutazione **JAK2 V617F** indicano una **policitemia vera**. L'età superiore ai 60 anni classifica la paziente come **ad alto rischio trombotico**, rendendo necessario un approccio combinato. La gestione richiede **terapia citoriduttiva** per controllare la proliferazione midollare e abbassare l'ematocrito, associata a **antiaggregazione piastrinica** per prevenire eventi vascolari.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Solo terapia citoriduttiva**: La terapia citoriduttiva da sola risulta incompleta nella gestione standard del rischio trombotico; va generalmente associata all'antiaggregazione piastrinica, salvo specifiche controindicazioni cliniche.
- **B) Solo terapia antiaggregante piastrinica**: L'antiaggregante piastrinica da sola non è sufficiente perché riduce il rischio di trombosi ma non controlla l'aumento della massa eritrocitaria né abbassa l'ematocrito, che devono essere gestiti con la citoriduzione.
- **D)** Nessun provvedimento è controindicato poiché la malattia rimane attiva e non trattata espone al rischio di complicanze trombotiche significative e a una possibile evoluzione verso fasi più avanzate o mielofibrosi.
- **E) Solo salassoterapia**: La salassoterapia è utile per un controllo iniziale dell'ematocrito, ma non basta nei pazienti anziani ad alto rischio; deve essere affiancata alla terapia citoriduttiva e all'antiaggregante per una gestione completa del rischio trombotico.

**46** **Un uomo di 74 anni è ricoverato per una grave sindrome nefrosica, che si caratterizza per una proteinuria di 10 g/die, associata ad edemi periferici e insufficienza renale (creatininemia 2,8 mg/dL). Nel plasma si riscontra componente monoclonale IgG lambda pari a circa 650 mg/dL. La biopsia del midollo osseo dimostra la presenza di sparse plasmacellule, < 10% della cellularità. Quale tra le seguenti è la diagnosi più verosimile?**

A Linfoma linfoplasmocitoide
B Macroglobulinemia di Waldenström
C Mieloma multiplo
D Nefropatia a lesioni minime
E **Amiloidosi AL**

**Risposta giusta: E**

Il paziente presenta una grave sindrome nefrosica, insufficienza renale e una **componente monoclonale IgG lambda** nel plasma. L'esame del midollo osseo rivela meno del **10%** di plasmacellule, valore insufficiente per diagnosticare un mieloma conclamato ma compatibile con una piccola proliferazione clonale. Questa produce **catene leggere** che si accumulano nei tessuti, soprattutto nel rene, causando la proteinuria massiva e gli edemi. L'interpretazione diagnostica più accurata è quindi l'**amiloidosi AL**.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Linfoma linfoplasmocitoide**: Il linfoma linfoplasmocitoidesi associa solitamente a componente monoclonale di classe IgM e a un quadro clinico diverso; inoltre non spiega la nefropatia nefrosica causata da depositi di catene leggere come elemento dominante.
- **B) Macroglobulinemia di Waldenström**: La macroglobulinemia di Waldenström è legata quasi sempre alla produzione di IgM monoclonali e comporta un profilo clinico differente, risultando incompatibile con la presentazione renale nefrosica da deposito amiloide descritta.
- **C) Mieloma multiplo**: Il mieloma multiplo richiede tipicamente quote di plasmacellule midollari superiori o uguali al 10%, spesso con altri criteri diagnostici presenti; l'infiltrato plasmacellulare scarso osservato rende questa ipotesi meno probabile rispetto alla variante amiloide.
- **D) Nefropatia a lesioni minime**: La nefropatia a lesioni minime provoca sindrome nefrosica ma interessa prevalentemente bambini o adulti con contesto diverso; qui la frazione monoclonale sierica esclude una causa primitiva e indica chiaramente una patologia secondaria.

**47** **Una paziente di 38 anni viene riferita all'endocrinologo per il riscontro di un nodulo tiroideo con livello di calcitoninemia di 150 pg/mL. Quale fra le seguenti forme neoplastiche è la più probabile?**

A Carcinoma follicolare della tiroide
B Linfoma tiroideo
C Carcinoma anaplastico della tiroide
D **Carcinoma midollare della tiroide**
E Carcinoma papillare della tiroide

**Risposta giusta: D**

Il riscontro di un **nodulo tiroideo** associato a **calcitonina** elevata orienta fortemente verso il carcinoma midollare. Questa neoplasia origina dalle cellule parafollicolari C, responsabili della secrezione ormonale. La calcitoninemia funziona quindi come marcatore diagnostico e di controllo.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Carcinoma follicolare della tiroide**: Origina anch'esso dalle cellule follicolari e predispone a invasione vascolare e metastasi ematogene. Non determina rialzi della calcitonina.
- **B) Linfoma tiroideo**: Insorge spesso su base di tiroidite cronica autoimmune ma non giustifica i valori elevati. L'esame di laboratorio orienta verso un'altra origine.
- **C) Carcinoma anaplastico della tiroide**: È una forma molto aggressiva e poco differenziata che si manifesta con crescita rapida e sintomi compressivi. Non è correlata a ipercalcitoninemia.
- **E) Carcinoma papillare della tiroide**: Deriva dalle cellule follicolari e rappresenta il tumore più frequente, ma non produce calcitonina. Il valore elevato non caratterizza questa neoplasia.

**48** **Una paziente di 48 anni viene riferita all'endocrinologo per riscontro di calcemia totale agli esami di routine di 11,2 mg/dL. I valori sierici del paratormone risultano essere 120 pg/mL. Quale di questi parametri NON viene considerato tra i criteri per l'indicazione chirurgica in caso di iperparatiroidismo primitivo asintomatico?**

A Quadro ecografico renale
B Valori di calcemia
C **Sesso**
D Quadro densitometrico osseo
E Età

**Risposta giusta: C**

Il **sesso** non rientra tra i criteri per indicare la chirurgia nell'iperparatiroidismo primitivo asintomatico. La decisione considera invece la calcemia, l'interessamento osseo e renale e l'età.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Quadro ecografico renale**: Il quadro ecografico renale è pertinente: la presenza di calcoli renali o nefrocalcinosi può orientare verso la chirurgia.
- **B) Valori di calcemia**: I valori di calcemia sono un criterio fondamentale per stabilire l'indicazione chirurgica: si considera il grado di ipercalcemia.
- **D) Quadro densitometrico osseo**: La densitometria ossea è un criterio importante. Una riduzione significativa della densità minerale ossea può indicare perdita di massa ossea dovuta all'iperparatiroidismo.
- **E) Età**: L'età è considerata: nei pazienti più giovani, in particolare sotto una determinata soglia, l'intervento viene più facilmente raccomandato.

**49** **Un uomo di 36 anni si reca dall'endocrinologo per persistente disfunzione erettile e cefalea. All'esame obiettivo si apprezza ginecomastia bilaterale. Il valore di prolattina sierica risulta essere 120 ng/mL. Quale di queste NON è causa di iperprolattinemia?**

A Ipotiroidismo primitivo
B Craniofaringioma
C **Sindrome di Sheehan**
D Stress
E Uso di farmaci antipsicotici

**Risposta giusta: C**

La sindrome di Sheehan provoca un'**ischemia ipofisaria** conseguente a un'emorragia post-partum grave. La necrosi riduce la sintesi di tutti i tropici ormonali, inclusa la prolattina. Ne consegue un quadro di ipoprolactinemia piuttosto che di iperprolattinemia. Le opzioni rimanenti inducono invece valori elevati del neurotrasmettitore.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Ipotiroidismo primitivo**: Il deficit tiroideo interrompe il feedback negativo regolatorio. L'ipotalamo compensa producendo più TRH che stimola contemporaneamente TSH e lattotropina mediante un'**attivazione dei lattotrofi**.
- **B) Craniofaringioma**: Il craniofaringioma comprime il peduncolo interrompendo il trasporto di dopamina. La perdita di controllo inibitorio permette alle cellule lactotrope di secernere quantità eccessive.
- **D) Stress**: Lo stress attiva i centri ipotalamici provocando un **incremento transitorio** sui dosaggi sierici. Si registra un rialzo modesto ma clinicamente documentato.
- **E) Uso di farmaci antipsicotici**: I farmaci psichiatrici inibiscono i siti recettoriali specifici causando un **blocco dopaminergico periferico**. L'assenza del segnale frenante naturale comporta un rialzo progressivo dei livelli.

**50** **Un uomo di 78 anni, in discrete condizioni generali, affetto da ipertensione arteriosa e dislipidemia si reca in Pronto Soccorso per ritenzione urinaria acuta. All'obiettività si apprezza un globo vescicale. La causa più probabile tra le seguenti è:**

A Adenocarcinoma prostatico
B Scompenso cardiaco
C Tumore neuroendocrino della prostata
D Tumore della vescica
**E Ipertrofia prostatica benigna**

**Risposta giusta: E**

L'**ipertrofia prostatica benigna** è la causa più frequente nei pazienti anziani. Con l'avanzare dell'età la prostata subisce un **aumento di volume** che genera un'**ostruzione cervico-uretrale**. Questo restringimento progressivo impedisce il normale deflusso urinario e può provocare un blocco acuto con formazione di globo vescicale.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Adenocarcinoma prostatico**: L'adenocarcinoma prostatico può comprimere uretra e vie urinarie inferiori. Rispetto alla forma benigna, è significativamente meno frequente come causa scatenante di ritenzione acuta nell'uomo anziano.
- **B) Scompenso cardiaco**: Lo scompenso cardiaco non determina direttamente ritenzione urinaria. Provoca invece oliguria per ridotta gittata cardiaca e perfusione renale, senza il quadro ostruttivo tipico.
- **C) Tumore neuroendocrino della prostata**: La neoplasia neuroendocrina della prostata ha incidenza bassissima. Non rappresenta un'etiologia comune per questa specifica presentazione clinica.
- **D) Tumore della vescica**: Il tumore della vescica può causare sintomi del tratto urinario inferiore o ematuria, ma non è l'eziologia più probabile per un'ostruzione acuta in questo contesto.

**51** **Una paziente di 70 anni con storia di alvo regolare lamenta stipsi da circa 3 mesi. Le indagini di laboratorio rivelano tra l'altro un'anemia ipocromica e iposideremica ed ipoferritinemia. Quale tra le seguenti è l'indagine prioritaria?**

A Transferrinemia
B Test di funzione tiroidea
C Ecografia addome
**D Colonscopia**
E Esofagogastroduodenoscopia (EGDS)

**Risposta giusta: D**

In una paziente anziana con recente alterazione dell'alvo associata ad anemia ipocromica da carenza di ferro, la priorità è escludere una perdita cronica di sangue dal tratto gastrointestinale. Il sospetto principale cade su una **neoplasia del colon**. L'esame garantisce la visualizzazione diretta della mucosa e permette il prelievo di biopsie, risultando decisivo per la gestione clinica.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Transferrinemia**: I dosaggi sierici come la transferrinemia non aggiungono informazioni utili quando la carenza marziale è già confermata da ferritina e sideremia basse. L'attuale obiettivo diagnostico consiste nel determinare la **causa anatomica** del deficit, non nel ripetere valutazioni ematologiche.
- **B) Test di funzione tiroidea**: La valutazione delle funzioni tiroidee risulta appropriata nella stipsi cronica isolata senza quadro ematologico patologico. L'ipotiroidismo può rallentare il transito enterico, ma non modifica la produzione eritrocitaria né i depositi di ferro, demandandosi a step successivi.
- **C) Ecografia addome**: L'ecografia addominale fornisce immagini affidabili di fegato, reni e milza, ma le bolle gassose intestinali interferiscono con le onde acustiche. Questa limitazione tecnica rende l'accertamento insensibile nello scrutinio di lesioni mucose o tumori occulti.
- **E) Esofagogastroduodenoscopia (EGDS)**: L'EGDS indaga esclusivamente il sistema digerente superiore e potrebbe evidenziare erosioni o ulcerazioni gastroduodenali. Tuttavia la sintomatologia prevalente di stipsi e l'età avanzata richiedono un focus immediato sul colon inferiore, spostando in secondo piano questa procedura.

**52** **Un paziente di 82 anni giunge nella UOC di Geriatria presentando versamento pleurico monolaterale. Dall'anamnesi emerge che per diversi anni ha lavorato in una fabbrica dove veniva utilizzato l'amianto. Visto il quadro clinico si sospetta un mesotelioma pleurico. La conferma del sospetto clinico richiede:**

A RM del torace
B Fluoroscopia
C **Biopsia in video-toracoscopia o a cielo aperto**
D Ecografia polmonare
E Biopsia transbronchiale

**Risposta giusta: C**

L'imaging clinico può sollevare il sospetto ma non basta per confermare la diagnosi. È necessario ottenere un campione di tessuto pleurico da analizzare al microscopio. L'**esame istologico** differenzia il mesotelioma da altre patologie. La **biopsia pleurica** garantisce quindi la valutazione definitiva.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) RM del torace**: La risonanza magnetica non sostituisce l'accertamento patologico. Risulta utile esclusivamente per valutare l'**estensione locale** della malattia.
- **B) Fluoroscopia**: La fluoroscopia resta una metodica di supporto senza ruolo confermativo. Non produce alcuna prova biologica necessaria per la diagnosi.
- **D) Ecografia polmonare**: L'ecografia identifica il versamento e guida il **drenaggio** del liquido. Non fornisce elementi morfologici per confermare la natura tumorale.
- **E) Biopsia transbronchiale**: La biopsia transbronchiale esplora principalmente il parenchima o le vie aeree centrali. Non raggiunge adeguatamente la superficie pleurica colpita dal tumore.

**53** **Un uomo di 79 anni è in terapia con un ACE-inibitore. Per quale tra le seguenti patologie è maggiormente indicata questa classe di farmaci?**

- **A** **Ipertensione arteriosa sistemica**
- **B** Ipercolesterolemia
- **C** Neoplasia della prostata
- **D** Blocco atrio-ventricolare di II grado
- **E** Diabete mellito

**Risposta giusta: A**

Gli **ACE-inibitori** riducono la pressione arteriosa bloccando la formazione di angiotensina II. Questo produce vasodilatazione e diminuisce il riassorbimento renale di sodio. La loro indicazione principale resta quindi il controllo dell'ipertensione sistemica.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **B) Ipercolesterolemia**: L'ipercolesterolemia richiede farmaci ipolipemizzanti, in particolare le statine. Queste agiscono inibendo enzimi epatici del metabolismo lipidico. Gli ACE-inibitori non modificano il profilo colesterolemico.
- **C) Neoplasia della prostata**: Le neoplasie della prostata necessitano di approcci oncologici specifici, come terapie ormonali o chirurgiche. Gli ACE-inibitori non interagiscono con la progressione tumorale o la fisiologia prostatica.
- **D) Blocco atrio-ventricolare di II grado**: Il blocco atrio-ventricolare di secondo grado è un'anomalia della conduzione elettrica cardiaca. Gli ACE-inibitori modulano il tono vascolare e la pressione, senza agire sui meccanismi di conduzione del cuore.
- **E) Diabete mellito**: Il diabete mellito non si cura con questa classe. Gli ACE-inibitori sono utili solo come protezione renale nella nefropatia diabetica o per gestire l'ipertensione associata. Non influenzano mai la glicemia.

**54** **Un paziente di 45 anni giunge presso l'ambulatorio di cardiologia per una visita. Riferisce dispnea dopo sforzo fisico ed in posizione supina, improvvisi risvegli notturni, tosse cronica non produttiva. All'esame obiettivo si rileva edema degli arti inferiori, tachicardia, polso irregolare e distensione delle vene giugulari. Quale delle seguenti situazioni è più probabile riscontrare?**

A Reflusso epato-giugulare negativo

B **Valori di BNP (Brain Natriuretic Peptide) elevati**

C Assenza di cardiomegalia

D Assenza di rantoli a livello polmonare

E Incremento della gittata cardiaca

**Risposta giusta: B**

Il quadro clinico con dispnea da sforzo e supina, risvegli notturni, tosse cronica, edema declive e turgore giugulare indica uno **scompenso cardiaco**. In questa condizione il peptide natriuretico cerebrale viene secreto dal miocardio in risposta allo **stiramento delle pareti ventricolari**. Il suo valore sierico risulta quindi costantemente elevato, rendendolo un marcatore diagnostico fondamentale.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Reflusso epato-giugulare negativo**: La presenza di segni di congestione sistemica come il turgore giugulare e l'edema periferico determina un aumento della pressione venosa centrale. Tale quadro rende quindi il **reflusso epato-giugulare** sistematicamente positivo.
- **C) Assenza di cardiomegalia**: Nello scompenso cardiaco cronico è comune la dilatazione delle camere cardiache. Di conseguenza si osserva frequentemente una **cardiomegalia** alle radiografie, non la sua assenza.
- **D) Assenza di rantoli a livello polmonare**: I rantoli basali sono un reperto tipico dovuto alla **congestione polmonare** transudativa. La loro assenza sarebbe incoerente con il quadro congestizio descritto.
- **E) Incremento della gittata cardiaca**: L'insufficienza di pompa riduce l'efficacia dell'eiezione sanguigna. Per questo motivo la **gittata cardiaca** tende a diminuire progressivamente, non ad aumentare.

**55** **Quale tra queste cardiopatie congenite può essere più frequentemente dotto-dipendente per il circolo sistemico?**

- **A** **Coartazione aortica**
- **B** Tetralogia di Fallot
- **C** Malattia di Ebstein
- **D** Canale atrio-ventricolare
- **E** Trasposizione corretta dei grandi vasi

**Risposta giusta: A**

La **coartazione aortica** comporta un restringimento dell'aorta che ostacola il flusso verso il **circolo sistemico**, specialmente nel neonato critico. Il mantenimento del **dotto arterioso** diventa quindi indispensabile per aggirare l'ostacolo e garantire la **perfusione** dei distali. La sua naturale chiusura determina un rapido peggioramento clinico.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **B) Tetralogia di Fallot**: La tetralogia di Fallot può talvolta richiedere il dotto arterioso, ma la sua fisiopatologia centrale riguarda l'ipoafflusso polmonare e l'ostruzione all'efflusso ventricolare destro, non la dipendenza dal dotto per la circolazione sistemica.
- **C) Malattia di Ebstein**: La malattia di Ebstein interessa prevalentemente la valvola tricuspide e il versante destro del cuore, provocando displasia valvolare, dilatazione atriale e regurgito, senza una caratteristiche tipica di dipendenza dal dotto per il flusso sistemico.
- **D) Canale atrio-ventricolare**: Il canale atrio-ventricolare genera shunt interatriali e interventricolari con alterazioni emodinamiche complesse, ma non rientra tra le patologie classicamente associate alla necessaria apertura del dotto per mantenere la perfusione corporea.
- **E) Trasposizione corretta dei grandi vasi**: La dicitura "corretta" è inaccurata nel contesto delle cardiopatie cianogene; si fa riferimento alla trasposizione completa dei grandi vasi. In tale condizione il dotto arterioso è funzionale al mescolamento tra i due circoli paralleli, non al superamento di un'ostruzione anatomica dell'aorta.

**56** **Quale tra queste è la principale causa di morte improvvisa negli atleti agonisti in Italia?**

**A** **Cardiomiopatia aritmogena**

B Anomalia coronarica

C Sindrome aortica

D Amiloidosi cardiaca

E Embolia polmonare

**Risposta giusta: A**

La **cardiomiopatia aritmogena** è tra le cause più frequenti di morte improvvisa negli atleti agonisti italiani. Questa patologia del muscolo cardiaco favorisce **aritmie ventricolari** pericolose scatenate dallo **sforzo fisico**. La sua rilevante incidenza nel territorio nazionale è ben documentata dalla letteratura di medicina sportiva e dallo storico screening pre-partecipativo.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **B) Anomalia coronarica**: Si configura come un'eziologia certa per l'arresto cardiaco nello sport, particolarmente nella fascia giovane, ma i registri italiani ne attestano un peso specifico inferiore a quello della patologia corretta.
- **C) Sindrome aortica**: Le patologie dell'aorta possono essere estremamente gravi ma presentano una distribuzione epidemiologica molto minore rispetto alla causa richiesta in questo specifico gruppo di atleti.
- **D) Amiloidosi cardiaca**: Pur trattandosi di una malattia del miocardio riconosciuta, colpisce principalmente soggetti in età avanzata e quindi non corrisponde al quadro fisiopatologico tipico dei praticanti attività competitiva.
- **E) Embolia polmonare**: Rappresenta un evento acuto potenzialmente letale ma manca del legame eziologico diretto con il carico atletico regolare, risultando statisticamente irrilevante come primo indicatore di mortalità in questa coorte.

**57** **Quale tra queste condizioni presenta caratteristicamente uno scompenso cardiaco sisto-diastolico sinistro?**

A Pericardite acuta
B Cardiomiopatia ipertrofica
C Pericardite costrittiva
D Insufficienza tricuspidale
**E Amiloidosi cardiaca**

**Risposta giusta: E**

L'**amiloidosi** deposita proteine anomale nel miocardio provocando una crescente **rigidità ventricolare**. La compliance alterata peggiora inizialmente il riempimento diastolico e nelle fasi avanzate compromette anche la contrattilità. Questo meccanismo definisce una cardiomiopatia restrittiva con **scompenso sinistro sisto-diastolico**.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Pericardite acuta**: La pericardite acuta si manifesta con infiammazione transitoria del pericardio, dolore e eventuale versamento liquido. Non provoca remodeling strutturale cronico né degenerazione funzionale del ventricolo sinistro.
- **B) Cardiomiopatia ipertrofica**: La cardiomiopatia ipertrofica induce prevalentemente una disfunzione diastolica per ispessimento parietale. Manca la componente infiltrativa tipica e il coinvolgimento sistolico non è caratteristico della fase iniziale.
- **C) Pericardite costrittiva**: La pericardite costrittiva limita il riempimento grazie a un foglietto pericardico extracardiaco rigidizzato. La patologia origina al di fuori del muscolo cardiaco e non genera un danno miocardico primario sisto-diastolico.
- **D) Insufficienza tricuspidale**: L'insufficienza tricuspidale colpisce esclusivamente la valvola destra e la circolazione venosa sistemica. Genera segni di congestione ma non altera la pompa ventricolare sinistra.

**58** **In caso di transitoria perdita di coscienza quale tra questi approcci ha un maggiore impatto nel work-up diagnostico del paziente cardiologico?**

A Head-up tilt test

B **Anamnesi**

C ECG

D Dosaggio concentrazione plasmatica troponine

E Esame obiettivo

**Risposta giusta: B**

L'anamnesi rappresenta l'approccio con maggiore impatto nel work-up diagnostico perché ricostruisce il **contesto clinico**, i **sintomi prodromici**, la durata e le modalità di recupero. Queste informazioni orientano immediatamente il sospetto verso una sincope vasovagale, ortostatica o aritmica, guidando la selezione degli accertamenti successivi.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Head-up tilt test**: Il head-up tilt test è indicato per la sincope riflessa o ortostatica in casi selezionati, da eseguirsi dopo una visita clinica completa e senza mai sostituire la raccolta anamnestica.
- **C) ECG**: L'ECG deve essere completato sempre per indagare **aritmie**, disturbi di conduzione o segni di cardiopatia, ma possiede un valore orientativo inferiore rispetto alla descrizione precisa dell'accaduto.
- **D) Dosaggio concentrazione plasmatica troponine**: Le troponine plasmatiche si riserveranno esclusivamente con sospetto clinico di **ischemia miocardica** o evento acuto, risultando strumenti secondari nella valutazione iniziale della perdita transitoria di coscienza.
- **E) Esame obiettivo**: L'esame obiettivo individua ipotensione, soffi valvolari e deficit neurologici, ma fornisce un dato direzionale meno incisivo rispetto alla **storia del paziente**, che rimane il pilastro dell'indagine diagnostica.

**59** **Un paziente con pacemaker definitivo bicamerale impiantato 10 anni prima passa attraverso un campo magnetico (ad esempio controllo aeroportuale). Cosa può accadere?**

- **A** **Il pacemaker stimola in continuo il ventricolo alla frequenza di programmazione**
- **B** Il pacemaker si spegne
- **C** Il pacemaker si surriscalda e lede la cute
- **D** Il pacemaker smette temporaneamente di funzionare ed emerge il ritmo spontaneo
- **E** Il pacemaker stimola a una frequenza più elevata in atrio e ventricolo indipendentemente dall'attività intrinseca

**Risposta giusta: A**

Un campo magnetico esterno attiva la **modalità magnetica**, impostando il dispositivo in un regime di sicurezza predefinito. Il pacemaker eroga quindi stimolazioni **asincrone** alla frequenza programmata, ignorando i segnali intrinseci. Nei dispositivi bicamerali questa condizione si manifesta come stimolazione continua a livello ventricolare. Tale meccanismo protegge l'impianto da letture errate durante il transito.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **B) Il pacemaker si spegne**: L'impianto non viene disattivato completamente dal passaggio del magnete. Il sistema elettronico rileva il campo e commuta la logica operativa, mantenendo attivo l'output per prevenire arresti improvvisi.
- **C) Il pacemaker si surriscalda e lede la cute**: La scansione aeroportuale non produce accumuli di calore né danni alla cute circostante. Il fenomeno rilevante è esclusivamente l'influenza sui circuiti elettronici, che modifica il timing degli impulsi senza generare effetti termici.
- **D) Il pacemaker smette temporaneamente di funzionare ed emerge il ritmo spontaneo**: Il magnete non blocca temporaneamente il funzionamento né lascia emergere il ritmo spontaneo. L'apparato mantiene anzi la propria attività generando pacchetti di corrente regolari per evitare aritmie.
- **E) Il pacemaker stimola a una frequenza più elevata in atrio e ventricolo indipendentemente dall'attività intrinseca**: Questa descrizione è imprecisa perché suggerisce un innalzamento frequenziale simultaneo su entrambi i segmenti cardiaci. La risposta magnetica standard inverte invece il controllo ritmico verso un pacing continuo, spesso limitato al ventricolo secondo le specifiche del produttore.

**60** **Una giovane donna di 22 anni che lamenta da circa 2 mesi dolore epigastrico e sazietà post-pradiale con inappetenza viene inviata dal Medico di Medicina Generale ad una visita Gastroenterologica nel sospetto di ulcera peptica. Il collega gastroenterologo pone diagnosi di sindrome dispeptica non ulteriormente indagata e richiede alcuni accertamenti. Quale tra i seguenti esami è meno indicato nel work-up diagnostico per la diagnosi di ulcera peptica e di sindrome dispeptica?**

A Breath test all'urea per Helicobacter pylori

B Rx tubo digerente prime vie

C EGDS con biopsie

D Ricerca dell'antigene fecale per Helicobacter pylori

**E Ecografia addominale**

**Risposta giusta: E**

L'ecografia addominale non è indicata perché non visualizza correttamente la **mucosa** gastrica e duodenale. Non consente di diagnosticare un'ulcera peptica né di confermare una sindrome dispeptica. Rimane eventualmente utile per escludere patologie di altri organi addominali.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Breath test all'urea per Helicobacter pylori**: Il breath test è molto indicato poiché identifica in modo non invasivo l'**infezione** da *Helicobacter pylori*. Il batterio è considerato una causa frequente nelle ulcere e nella dispepsia funzionale.
- **B) Rx tubo digerente prime vie**: La radiografia delle prime vie è una metodica meno utilizzata rispetto alla endoscopia moderna. Resta comunque più pertinente dell'ecografia per valutare la struttura delle prime vie digestive. Può ancora fornire elementi utili in alcuni protocolli diagnostici.
- **C) EGDS con biopsie**: La gastroscopia con biopsie è l'esame più informativo quando si sospettano lesioni organiche. Permette la visione diretta del tessuto e il prelievo istologico. Consente inoltre la ricerca diretta del germe responsabile.
- **D) Ricerca dell'antigene fecale per Helicobacter pylori**: La ricerca dell'antigene fecale è un test non invasivo e affidabile per la diagnostica infettiva. Serve sia nella fase di identificazione iniziale sia nel controllo post-terapeutico. Validato per monitorare l'**eradicazione** del patogeno.

**61** **Una donna di 34 anni si reca presso un centro di gastroenterologia in quanto affetta da importante sindrome diarroica persistente associata a dolori addominali ricorrenti. Ha già eseguito varie valutazioni specialistiche ed è stata posta diagnosi di sindrome dell'intestino irritabile con alvo diarroico, ma le cure finora effettuate non sono risultate soddisfacenti. Quali fra le seguenti terapie NON è indicata nel caso descritto?**

A Rifaximina
B Probiotici
C **Linaclotide**
D Loperamide
E Otilonio bromuro

**Risposta giusta: C**

La paziente presenta un **IBS-D** con prevalenza di sintomi diarroici. Il **linaclotide** agisce stimolando la **secrezione** intestinale di acqua ed elettroliti e accelerando il **transito** enterico, meccanismo d'azione riservato alla stipsi. Prescriverlo in questa condizione peggiorerebbe il quadro clinico.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Rifaximina**: La rifaximina è un antibiotico non assorbito che modula il microbiota intestinale, risultando efficace nel controllo della diarrea e dei sintomi globali dell'IBS-D.
- **B) Probiotici**: I probiotici possono migliorare alcuni sintomi intestinali e il gonfiore nel corso dell'IBS, sebbene la risposta sia variabile tra i singoli pazienti.
- **D) Loperamide**: Il loperamide è un antidiarroico periferico che rallenta la motilità intestinale, riducendo la frequenza delle scariche e migliorando il controllo dell'alvo.
- **E) Otilonio bromuro**: L'otilonio bromuro è un antispastico che riduce i crampi e il dolore addominale, utile per gestire i sintomi della sindrome dell'intestino irritabile.

**62** **Una donna di 45 anni, obesa (BMI 32) ed ipertesa, giunge in Pronto Soccorso riferendo insorgenza di dolore addominale acuto ingravescente, crampiforme e persistente da almeno 4 ore insorto dopo circa due ore da un pranzo abbondante e, associato a nausea ed episodi ripetuti di vomito alimentare. Quali tra i seguenti reperti patologici NON vi aspettereste di trovare all'esame obiettivo e/o alla diagnostica ematochimica/strumentale?**

A Rialzo di transaminasi e di indici di colestasi

B Subittero sclerale

C Segno di Murphy

**D Segno di Chvostek e Trousseau**

E Riscontro all'ecografia di calcoli multipli della colecisti

**Risposta giusta: D**

Il quadro clinico suggerisce una **colica biliare** verosimilmente da **litiasi colecistica** o migrazione di un calcolo. Ci aspettiamo reperti compatibili con sofferenza delle **vie biliari** come calcoli all'ecografia, positività al segno di Murphy, rialzo di enzimi epatici o indici di colestasi e possibile subittero in caso di ostruzione. I segni di Chvostek e Trousseau dipendono da **ipocalcemia** e quindi non trovano riscontro in questo contesto.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Rialzo di transaminasi e di indici di colestasi**: Il rialzo è possibile se c'è interessamento delle vie biliari o sofferenza epatobiliare associata. In quel contesto possono aumentare AST, ALT, bilirubina, fosfatasi alcalina e gamma-GT.
- **B) Subittero sclerale**: Può comparire soprattutto se un calcolo ostruisce parzialmente le vie biliari. Non è un segno obbligatorio ma resta pienamente compatibile con il sospetto clinico formulato.
- **C) Segno di Murphy**: Rappresenta un reperto classico. La dolorabilità all'ipocondrio destro con arresto inspiratorio alla palpazione è tipica della colecistite e delle patologie biliari infiammatorie.
- **E) Riscontro all'ecografia di calcoli multipli della colecisti**: È un reperto assolutamente plausibile. La litiasi colecistica è frequente nelle pazienti femminili sovrappeso e causa dolore postprandiale ingravescente. L'ecografia rimane l'esame di prima scelta per confermare la diagnosi.

**63** **Un ragazzo di 21 anni con nota atopia agli acari della polvere, presenta sintomi simil-asmatici (tosse stizzosa, respiro sibilante e senso di costrizione toracica). La spirometria evidenzia una sindrome disventilatoria ostruttiva con un VEMS pre-broncodilatatore pari al 66% del teorico. Come si procede per formulare la eventuale diagnosi di asma bronchiale?**

A Non necessarie ulteriori indagini, vista la chiara anamnesi

B **Eseguire test di broncodilatazione acuta farmacologica**

C Eseguire test di broncostimolazione specifica verso l'allergene

D Eseguire test di broncostimolazione aspecifica con metacolina

E Eseguire test di diffusione alveolo-capillare

**Risposta giusta: B**

Per confermare la diagnosi di asma bronchiale in presenza di sintomi e spirometria ostruttiva bisogna verificare la **reversibilità** del difetto funzionale. Il test di broncodilatazione acuta mostra un miglioramento significativo del volume espiratorio massimo se l'ostruzione è reversibile, caratteristica fondamentale della malattia.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Non necessarie ulteriori indagini, vista la chiara anamnesi**: L'anamnesi risulta solo suggestiva, poiché i sintomi respiratori hanno molte cause diverse. La diagnosi richiede sempre un **supporto oggettivo** attraverso test funzionali, soprattutto quando la spirometria mostra già un difetto ostruttivo.
- **C) Eseguire test di broncostimolazione specifica verso l'allergene**: La broncoprovocazione specifica con allergene dimostra una risposta diretta all'allergene, ma non è un esame di routine per la diagnosi clinica. Viene utilizzata solo in ambito specialistico o nella ricerca, non come primo approccio diagnostico.
- **D) Eseguire test di broncostimolazione aspecifica con metacolina**: Il test di broncostimolazione con metacolina valuta l'**iperresponsabilità bronchiale**, ma si riserva ai casi con sospetto clinico e spirometria normale o non decisiva. Qui l'ostruzione è già evidenziata, quindi si esegue prima la prova di broncodilatazione.
- **E) Eseguire test di diffusione alveolo-capillare**: Il test di diffusione alveolo-capillare valuta principalmente lo **scambio gassoso** ed è indicato per patologie interstiziali o enfisema. Non misura la reattività delle vie aeree e non contribuisce a confermare l'asma bronchiale.

**64** **Una signora di 67 anni con storia di dispnea da sforzo, mai indagata in precedenza e mai sottoposta ad intervento chirurgico toracico, esegue spirometria. Sulla base dei risultati di seguito riportati quale sindrome disventilatoria è più probabile tra le seguenti?**

A Volumi polmonari statici nei limiti di norma
B Iperresponsività bronchiale
C Volumi polmonari dinamici aumentati
D **Sindrome disventilatoria di tipo restrittivo**
E Sindrome disventilatoria ostruttiva reversibile

**Risposta giusta: D**

La paziente presenta **dispnea da sforzo** con spirometria alterata senzacause ostruttive note. Il profilo restrittivo si identifica per i **volumi polmonari ridotti**, in particolare nella **capacità vitale forzata** ($FVC$), con mantenimento normale o elevato del **rapporto** $FEV_1/FVC$. Il deficit respiratorio dipende quindi da un'espansione polmonare limitata e non da un ostacolo al flusso aereo.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Volumi polmonari statici nei limiti di norma**: Volumi statici normali escludono un difetto funzionale reale. La concomitanza di sintomi dispnoici e valori spirometrici anomali rende escluso un quadro fisiologico entro i limiti di norma.
- **B) Iperresponsività bronchiale**: L'iperresponsività bronchiale appartiene al spettro asmatico ma non definisce lo schema diagnostico prevalente. Mancano elementi di variabilità sintomatica o prove di reversibilità per confermarla come ipotesi primaria.
- **C) Volumi polmonari dinamici aumentati**: L'elevazione dei parametri dinamici non è coerente con il quadro restrittivo né spiega la dispnea nel contesto clinico. Tali risultati non corrispondono al deficit ventilatorio atteso e risultano incompatibili con il reperto spirometrico.
- **E) Sindrome disventilatoria ostruttiva reversibile**: La forma ostruttiva reversibile è caratteristica dell'asma, con flusso espiratorio diminuito e miglioramento post-broncodilatatore. Il caso non offre dati anamnestici o funzionali a sostegno di tale meccanismo.

**65** **Raccogliendo l'anamnesi di un paziente fumatore, si evidenzia che ha fumato 15 sigarette/die per 40 anni consecutivi. Il calcolo dei pack-years (p-y) del paziente, usato per quantificare la sua abitudine tabagica, è:**

A 15 p-y
B 40 p-y
C 547 p-y
D 600 p-y
**E** **30 p-y**

**Risposta giusta: E**

I pack-years misurano l'**esposizione cumulativa** al fumo applicando la formula: (sigarette al giorno ÷ 20) × anni di fumo. Convertendo $15$ sigarette in $0{,}75$ pacchetti giornalieri e moltiplicandoli per $40$ anni si ottiene **30 p-y**.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) 15 p-y**: Deriva dal prendere in esame soltanto il numero giornaliero di sigarette, tralasciando il **fattore temporale** che è indispensabile per ottenere un indice cumulativo significativo.
- **B) 40 p-y**: Nasce dall'utilizzo esclusivo della durata dell'abitudine (40 anni), dimenticando di convertire e moltiplicare la quantità fumata quotidianamente secondo il protocollo richiesto.
- **C) 547 p-y**: Questo risultato non corrisponde a nessuna operazione matematica coerente con i dati forniti e ignora completamente la logica di conversione in pacchetti.
- **D) 600 p-y**: Il valore è numericamente irrealistico e nasce da un calcolo scorretto o da un errore di scala, poiché non applica la divisione standard per 20 sigarette.

**66** **In quale dei seguenti casi la malaria da Plasmodium falciparum è più grave e potenzialmente letale?**

- **A** **Bambini piccoli sotto i 5 anni e visitatori non residenti in aree endemiche**
- **B** Persone sottoposte a pregressi interventi chirurgici
- **C** Bambini in età scolare
- **D** Persone residenti in campi profughi
- **E** Giovani adulti

**Risposta giusta: A**

La malaria da *Plasmodium falciparum* colpisce con maggiore gravità i **bambini sotto i cinque anni**, il cui sistema immunitario non ha ancora sviluppato protezione efficace. È ugualmente pericolosa nei visitatori non residenti nelle zone endemiche, privi di **immunità acquisita** dopo contatti ripetuti. In questi soggetti l'infezione evolve rapidamente verso **forme severe** caratterizzate da anemia marcata, coinvolgimento neurologico e alto rischio di mortalità.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **B) Persone sottoposte a pregressi interventi chirurgici**: Non esiste alcun legame fisiopatologico documentato tra interventi chirurgici precedenti e peggioramento del decorso della malaria; la gravità della malattia dipende esclusivamente dallo stato immunitario specifico contro il parassita.
- **C) Bambini in età scolare**: I bambini in età scolare possono contrarre l'infezione, ma il rischio di decorso severo è significativamente inferiore rispetto ai primi cinque anni di vita per lo sviluppo incompleto delle difese immunitarie.
- **D) Persone residenti in campi profughi**: La permanenza nei campi profughi aumenta l'esposizione al vettore per condizioni ambientali e sanitarie precarie, ma non definisce di per sé la categoria biologica classicamente più suscettibile alla forma letale come indicato dalla risposta A.
- **E) Giovani adulti**: I giovani adulti presentano una mortalità generalmente più bassa; chi risiede stabilmente in aree endemiche tende a sviluppare una tolleranza parziale che riduce le probabilità di complicanze fatali.

**67** **Una suora di 37 anni che vive in Brasile in una missione nella foresta amazzonica presenta iperpiressia con brividi, cefalea, artralgie, vomito e diarrea, accompagnati dopo 5-6 giorni da ittero. I medici sospettano la febbre gialla. Quale tra i seguenti segni/sintomi o reperti di laboratorio NON è tipico della febbre gialla nella fase acuta?**

A Proteinuria ed ematuria
B Anemia emolitica
C Epistassi, petecchie, ecchimosi
D Ematemesi
**E Leucocitosi con neutrofilia**

**Risposta giusta: E**

La febbre gialla è un'**infezione virale** che nella fase acuta provoca frequentemente **leucopenia**. Il quadro di **neutrofilia** è invece tipico delle **infezioni batteriche**, rendendo questo reperto atipico per la malattia.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Proteinuria ed ematuria**: La proteinuria ed ematuria sono compatibili perché la febbre gialla coinvolge i reni, con alterazioni urinarie dovute al danno sistemico globale dell'ospite.
- **B) Anemia emolitica**: L'anemia emolitica può presentarsi nel contesto della malattia grave, poiché il virus innesca un danno sistemico progressivo accompagnato da complicanze emorragiche e metaboliche che riducono gli eritrociti.
- **C) Epistassi, petecchie, ecchimosi**: Anche questi reperti sono compatibili con la patologia, poiché la febbre gialla può scatenare una vera sindrome emorragica con manifestazioni cutanee e mucose di tipo petecchiale ed ecchimotico.
- **D) Ematemesi**: L'ematemiesi è un segno classico delle forme gravi, legato direttamente al coinvolgimento epatico acuto e alla marcata tendenza emorragica; il vomito nero è un reperto clinicamente noto.

**68** **Una giovane paziente con noti disturbi psichici presenta ripetuti episodi di vomito misti a sudorazione e accompagnati da malessere generale. I soccorritori trovano due blister da 10 compresse da 1 g di paracetamolo completamente vuoti vicino alla paziente, che confessa di averle assunte tutte circa un'ora prima. Una volta trasferita presso il più vicino Pronto Soccorso, dopo aver eseguito il monitoraggio elettrocardiografico e multiparametrico ed una lavanda gastrica, il trattamento di scelta da somministrare è:**

A **N-acetil cisteina**
B Infusione di emulsione lipidica
C Atropina
D Piridossina
E Fomepizolo

**Risposta giusta: A**

L'assunzione di circa venti grammi di **paracetamolo** un'ora prima rende necessaria la somministrazione immediata dell'antidoto specifico. La N-acetil cisteina ripristina le scorte di **glutatione** e neutralizza i metaboliti tossici responsabili del danno epatico. Il protocollo prevede l'inizio rapido del farmaco subito dopo le operazioni di decontaminazione.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **B) Infusione di emulsione lipidica**: Le emulsioni lipidiche indicano casi gravi di tossicità da farmaci **lipofili**, quali anestetici locali, beta-bloccanti e calcio-antagonisti. Manca evidenza clinica per il trattamento dell'overdose da paracetamolo.
- **C) Atropina**: L'atropina contrasta le sindromi colinergiche derivanti da esposizione ad organofosforici. Il quadro clinico manca degli effetti tipici come bradicardia marcata o ipersecrezione ghiandolare.
- **D) Piridossina**: La piridossina funge da antidoto nelle intossicazioni acute da **isoniazide**. Sostituisce la vitamina B6 esaurita impedendo le crisi epilettiche, senza efficacia sulla tossicità epatica.
- **E) Fomepizolo**: Il fomepizolo è riservato alle intossicazioni da **alcol metilico** o glicole etilenico. Blocca l'enzima alcol deidrogenasi ma non interferisce con il metabolismo dell'analgesico ingerito.

**69** **Un uomo di 78 anni si presenta in Pronto Soccorso con dolore toracico oppressivo irradiato all'arto superiore sinistro e cefalea trafittiva. La pressione arteriosa è 190/95 mmHg e la frequenza cardiaca 95 bpm. L'elettrocardiogramma mostra un sottoslivellamento del tratto ST riferibile al miocardio antero-settale. La TC dell'encefalo è negativa per eventi emorragici acuti. Quale tra questi farmaci NON deve essere somministrato al paziente?**

A **Efedrina**
B Atenololo
C Nitroglicerina
D Nitroprussiato
E Metoprololo

**Risposta giusta: A**

Il paziente presenta una sindrome coronarica acuta con ipertensione severa e tachicardia. La terapia deve mirare a diminuire il lavoro cardiaco e i fabbisogni di ossigeno. L'**efedrina** possiede un'azione **simpaticomimetica** che incrementa frequenza, contrattilità e pressione arteriosa, aggravando direttamente l'**ischemia** miocardica. Per questo motivo è rigorosamente controindicata.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **B) Atenololo**: L'atenololo è un farmaco beta-bloccante che attenua la frequenza cardiaca e la forza contrattile. Diminuendo il consumo di ossigeno del miocardio si allinea perfettamente con la gestione medica dell'evento ischemico, purché non siano presenti controindicazioni assolute.
- **C) Nitroglicerina**: La nitroglicerina riduce il precarico ventricolare e induce dilatazione delle arterie coronarie. Migliora il flusso ematico verso le zone ischemiche e controlla rapidamente il dolore toracico, risultando utile nell'emergenza ipertensiva senza specifici divieti.
- **D) Nitroprussiato**: Il nitroprussiato è un potente agente **vasodilatatore** che agisce rilasciando monossido di azoto nei muscoli lisci vascolari. Abbassa rapidamente valori pressori elevati come $190\ \mathrm{mmHg}$ attraverso riduzione del postcarico, mantenendo validità clinica pur richiedendo stretta sorveglianza emodinamica.
- **E) Metoprololo**: Il metoprololo condivide la stessa classe farmacologica e agisce sulla regolazione adrenergica centrale e periferica. Controlla la risposta cardiovascolare allo stress acuto, limitando il carico di lavoro del cuore e rimanendo un'opzione terapeutica valida nello stesso scenario.

**70** **Un fantino cade da cavallo durante una manifestazione ippica. All'arrivo in Pronto Soccorso il quadro clinico è compatibile con una sospetta lesione del rachide cervicale e della trachea. Viene immediatamente trattato con somministrazione di ossigeno attraverso una VentiMask con reservoir. Nonostante tale trattamento la SpO2 rimane attorno a 85%. Quale tra i seguenti è l'approccio successivo più appropriato nella gestione del paziente?**

A Eseguire immediata una RM

B Inserire un drenaggio toracico in entrambi gli emitoraci

C Mantenere SpO2 al 100% e richiedere immediatamente una radiografia della colonna cervicale

**D** **Mantenere un'immobilizzazione in asse del collo e garantire la pervietà delle vie aeree**

E Applicare trazione cervicale

**Risposta giusta: D**

Nel trauma con sospetta lesione rachidea e tracheale prevale sempre l'approccio ABC: è prioritario mantenere l'**immobilizzazione in asse** della colonna e garantire la **pervietà delle vie aeree** prima di qualsiasi accertamento. La saturazione persistente indica un'emergenza respiratoria che richiede interventi immediati per ossigenare il paziente senza compromettere la stabilità spinale. Stabilizzare il quadro evita la **ipossia**, condizione letale che uccide prima della definizione diagnostica.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Eseguire immediata una RM**: La risonanza magnetica non è indicata nella fase acuta di un paziente ipossiemico o instabile, poiché richiede trasporti lunghi e ritarderebbe le manovre di rianimazione salvavita.
- **B) Inserire un drenaggio toracico in entrambi gli emitoraci**: Mancano completamente elementi clinici o emodinamici che giustifichino un drenaggio toracico bilaterale, rendendo questa scelta priva di indicazioni e fuori contesto.
- **C) Mantenere SpO2 al 100% e richiedere immediatamente una radiografia della colonna cervicale**: Prioritizzare la radiografia della colonna cervicale mentre la saturazione rimane critica trascura la gestione immediata dell'ossigenazione e della protezione spinale.
- **E) Applicare trazione cervicale**: La trazione cervicale è controindicata nella gestione iniziale, in quanto può provocare spostamenti ossei o compressioni midollari peggiorando una lesione già esistente.

**71** **Un uomo di 70 anni si presenta in Pronto Soccorso lamentando un dolore urente in sede precordiale, ingravescente, iniziato il giorno precedente. Il dolore è alleviato dalla posizione seduta. Quale tra le seguenti è la diagnosi più probabile?**

A Sindrome del nodo del seno
B Tracheobronchite acuta
C Crisi ipertensiva
D Dissezione aortica tipo Stanford B
**E Pericardite acuta**

**Risposta giusta: E**

Il dolore precordiale urente che migliora con la **posizione seduta** e peggiora in **clinostatismo** è il tratto distintivo della **pericardite acuta**. L'infiammazione del pericardio irrigidisce la sierosa e stimola i nervi sensitivi in base alla tensione meccanica e alla gravità. Questa specifica variazione posturale orienta direttamente verso la diagnosi più probabile.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Sindrome del nodo del seno**: La sindrome del nodo del seno provoca esclusivamente alterazioni della conduzione e del ritmo cardiaco come bradicardia, pause sinusali o sincope, senza generare dolore toracico modulare dalla postura.
- **B) Tracheobronchite acuta**: La tracheobronchite acuta esordisce con tosse irritativa o produttiva, febbre e flogosi delle vie aeree superiori, risultando incompatibile con un dolore precordiale isolato e variabile con la postura.
- **C) Crisi ipertensiva**: Una crisi ipertensiva può causare cefalea occipitale, dispnea o dolore toracico aspecifico, ma non presenta quella netta correlazione posturale caratteristica dell'infiammazione pericardica.
- **D) Dissezione aortica tipo Stanford B**: La dissezione aortica tipo Stanford B si manifesta con un attacco improvviso di dolore lacerante o trafittivo, spesso irradiato al dorso, privo di qualsiasi miglioramento nella posizione seduta o piegandosi in avanti.

**72** **Una signora di 60 anni, con nota ipercolesterolemia e ipertensione arteriosa entrambe controllate farmacologicamente, sviluppa repentinamente difficoltà nell'eloquio e debolezza al braccio destro. L'esame obiettivo conferma la presenza di afasia e ipostenia al braccio destro. Quale tra le seguenti è la diagnosi più probabile?**

A Idrocefalo iperteso
B Epilessia parziale
C **Ictus ischemico**
D Meningite batterica
E Encefalite virale

**Risposta giusta: C**

L'esordio è improvviso con deficit neurologici focali ben localizzati. La paziente presenta fattori di rischio vascolari attivi come ipertensione e ipercolesterolemia. La combinazione di afasia e debolezza motoria controlaterale suggerisce un interessamento dell'emisfero dominante nel territorio dell'arteria cerebrale media. Questa presentazione clinica è tipica di un evento ischemico cerebrale.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Idrocefalo iperteso**: L'idrocefalo iperteso si manifesta generalmente con un quadro subdolo e progressivo. Si associano disturbi della marcia, decadimento cognitivo e incontinenza. Non causa deficit focali improvvisi.
- **B) Epilessia parziale**: L'epilessia parziale può produrre sintomi focali ma si accompagna tipicamente a fenomeni critici o postcritici. Questi includono scosse epilettiche, alterazioni della coscienza o una paralisi di Todd transitoria. Il quadro persistente qui descritto è più compatibile con un ictus.
- **D) Meningite batterica**: La meningite batterica richiede la presenza di febbre, rigidità nucale e segni di irritazione meningea. Un deficit focale può comparire successivamente ma non costituisce la presentazione clinica iniziale tipica di questo caso.
- **E) Encefalite virale**: L'encefalite virale genera solitamente febbre, alterazione dello stato mentale e cefalea. Presenta un coinvolgimento cerebrale più diffuso piuttosto che un deficit neurologico nettamente focale e improvviso.

**73** **Una paziente di 68 anni, con storia di ipertensione arteriosa e ipercolesterolemia in buon compenso farmacologico con ACE inibitore e statina, riferisce da alcuni giorni debolezza, cefalea e vertigini. Viene eseguito un ECG il cui tracciato è riportato qui di seguito. Quale tra i seguenti è il trattamento più adeguato?**



A Defibrillazione
B Sospensione ACE inibitore
C **Impianto di pacemaker**
D Terapia con midodrina
E Cardioversione sincronizzata

**Risposta giusta: C**

Il tracciato ECG mostra verosimilmente un disturbo della conduzione importante come una **bradicardia sintomatica** o un **blocco atrioventricolare** avanzato. In presenza di sintomi neurologici ed evidenze elettrocardiografiche, il trattamento definitivo è l'**impianto di pacemaker**. Questa terapia garantisce una frequenza cardiaca stabile e previene il rischio di sincope.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Defibrillazione**: La defibrillazione si utilizza esclusivamente nelle aritmie ventricolari maligne come la fibrillazione ventricolare o la tachicardia ventricolare senza polso. Non interviene sui rallentamenti elettrici del cuore.
- **B) Sospensione ACE inibitore**: L'ACE inibitore può peggiorare i sintomi per ipotensione ma non altera i nodi di conduzione. La sospensione medica non risolve il difetto elettrico documentato.
- **D) Terapia con midodrina**: La midodrina potenzia il tono vascolare ed è riservata all'ipotensione ortostatica. Non compenserebbe un'anomalia intrinseca della propagazione degli impulsi cardiaci.
- **E) Cardioversione sincronizzata**: La cardioversione sincronizzata converte le tachiaritmie instabili come la fibrillazione atriale. È controindicata nei casi di bradiaritmie conclamate.

**74** **Una paziente di 35 anni con Malattia di Tangier viene condotta in Pronto Soccorso per un episodio di dolore toracico e dispnea durante attività sportiva ad alta intensità. Alla visita l'obiettività cardio-polmonare è nei limiti della norma. Quale tra i seguenti esami è prioritario?**

A Ecografia polmonare
B Ecocardiogramma
C **Elettrocardiogramma**
D TC del torace ad alta risoluzione
E Rx torace

**Risposta giusta: C**

Il dolore toracico con dispnea richiede una **valutazione immediata** del ritmo e della conduzione cardiaca. L'**elettrocardiogramma** è rapido e non invasivo e rileva **segne precoci di ischemia** anche a fronte di un'osservazione clinica nei limiti di norma. Questi dati orientano le decisioni terapeutiche successive.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Ecografia polmonare**: L'ecografia polmonare evidenzia versamenti o condensazioni respiratorie. Pur utile nel pronto soccorso, non precede mai il test elettrico nella gestione del dolore toracico.
- **B) Ecocardiogramma**: L'ecocardiogramma misura la **funzione ventricolare**, le valvulopatie e i sovraccarici. Va eseguito come approfondimento solo dopo aver ottenuto la traccia elettrica iniziale.
- **D) TC del torace ad alta risoluzione**: La TC del torace ad alta risoluzione studia **patologie interstiziali** o parenchimali polmonari. Non è prioritaria perché il quadro clinico suggerisce un'origine cardiaca da esclusione immediata.
- **E) Rx torace**: La RX torace indaga cause polmonari o mediastiniche e scompensi diretti. Resta complementare e meno urgente rispetto alla registrazione di primo contatto.

**75** **Un paziente di 44 anni viene sottoposto a tiroidectomia totale per carcinoma papillifero della tiroide. A 48 ore dall'intervento chirurgico avverte parestesie alle mani e formicolio intorno alla bocca, oltre che crampi muscolari. Qual è la diagnosi più probabile tra le seguenti?**

A Iperparatiroidismo secondario
B Iperparatiroidismo primitivo
C Ipotiroidismo acuto
D **Ipoparatiroidismo postchirurgico**
E Crisi tireotossica

**Risposta giusta: D**

Dopo tiroidectomia totale il danneggiamento o la rimozione accidentale delle ghiandole paratiroidi provoca un rapido deficit di ormone paratiroideo. Questo determina **ipocalemia** con diminuzione del **calcio ionizzato**. I sintomi descritti corrispondono esattamente ai segni neuromuscolari tipici dell'**ipocalcemia acuta postoperatoria**.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Iperparatiroidismo secondario**: L'iperparatiroidismo secondario implica un'eccessiva produzione di paratormone come risposta compensatoria a condizioni croniche. Il contesto operatorio causa invece una netta riduzione della secrezione paratiroidea dovuta al trauma tissutale durante l'intervento.
- **B) Iperparatiroidismo primitivo**: L'iperparatiroidismo primitivo origina da una alterazione autonoma delle ghiandole e produce sistematicamente ipercalcemia stabile. Il suo spettro sintomatologico è clinicamente molto diverso e non figura tra le possibili complicanze attese dopo una tiroidectomia totale.
- **C) Ipotiroidismo acuto**: L'ipotiroidismo potrebbe svilupparsi se manca la terapia sostitutiva ma non induce rapidamente i sintomi neuromuscolari osservati. Questi appartengono alla sfera dell'ipocalcemia e non al progressivo rallentamento metabolico da carenza di ormoni tiroidei.
- **E) Crisi tireotossica**: La crisi tireotossica genera un quadro tossico sistemico con febbre elevata, tachicardia marcata, agitazione e alterazioni neurologiche profonde. Nessun elemento coincide con la presentazione clinica caratterizzata da parestesie e formicolio periorale tipica dei primi due giorni postoperatori.

**76** **Un uomo di 32 anni si reca in Pronto Soccorso lamentando da circa 2 settimane una debolezza ingravescente dapprima alle gambe e poi alle braccia associata a parestesie; negli ultimi giorni riferisce anche difficoltà nella deambulazione e stipsi. Riferisce inoltre episodio di gastroenterite insorto circa quindici giorni prima. Gli esami ematochimici richiesti comprensivi di emocromo, funzione renale ed epatica ed elettroliti sono nella norma. Quale ulteriore esame tra i seguenti è prioritario?**

A Rx diretta cranio
B Elettroencefalogramma
C Esofagogastroduodenoscopia
D Colonscopia
**E Analisi liquido cerebrospinale**

**Risposta giusta: E**

Il quadro clinico suggerisce una **poliradicoloneuropatia acuta**, verosimilmente una **sindrome di Guillain-Barré**. La debolezza progressiva ascendente, le parestesie e il recente episodio infettivo sono elementi altamente indicativi. L'**analisi del liquido cerebrospinale** è l'esame prioritario, poiché rivela la classica **dissociazione albumino-citologica** con proteine elevate e cellularità normale. Questo step conferma il sospetto diagnostico ed esclude rapidamente altre cause di deficit neurologico.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Rx diretta cranio**: Una radiografia diretta del cranio non ha alcun ruolo nella valutazione di una sindrome caratterizzata da debolezza progressiva e parestesie di tipo periferico.
- **B) Elettroencefalogramma**: L'EEG serve principalmente per lo studio dell'attività cerebrale, ad esempio in caso di crisi epilettiche o alterazioni dello stato di coscienza. Non è utile per una neuropatia periferica acuta.
- **C) Esofagogastroduodenoscopia**: Anche se il paziente ha riferito una gastroenterite, il problema attuale non è digestivo ma neurologico. Una gastroscopia non spiega la debolezza ascendente degli arti.
- **D) Colonscopia**: I sintomi sono neurologici e non gastrointestinali. Una colonscopia non aggiunge nulla alla valutazione di una debolezza progressiva accompagnata da parestesie.

**77** **Una paziente di 20 anni da circa 7 giorni lamenta bruciori e prurito vulvo-vaginale, perdite vaginali abbondanti di colore bianco-giallastro, minzioni frequenti e stranguria. Ha assunto empiricamente fosfomicina senza miglioramento dei sintomi. L'urinocoltura per germi comuni è negativa, mentre il tampone vaginale risulta positivo per infezione da Chlamydia trachomatis. Quale tra i seguenti è l'antibiotico più adeguato al trattamento di questa paziente?**

A Amoxicillina
B Metronidazolo
C Ampicillina
D Cefalosporina di II generazione
E **Azitromicina**

**Risposta giusta: E**

La diagnosi è confermata dal tampone positivo per *Chlamydia trachomatis*, batterio intracellulare obbligato che richiede un antibiotico attivo in **sede intracellulare**. La **mancata risposta** alla fosfomicina e la coltura urinaria negativa escludono una cistite da germi comuni. L'azitromicina è il farmaco più indicato.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Amoxicillina**: Condivide lo stesso limite dell'ampicillina. Pur avendo indicazioni validate in altri contesti infettivi, non rappresenta la molecola scelta per il trattamento della clamidia.
- **B) Metronidazolo**: Il metronidazolo è inefficace contro la clamidia. Si prescrive principalmente per infezioni da anaerobi e protozoi, trattando condizioni specifiche come la vaginosi batterica o la tricomoniasi.
- **C) Ampicillina**: Le penicilline non costituiscono la terapia standard indicata. Non assicurano la concentrazione tissutale e cellulare ottimale necessaria per l'eradicazione di questo microrganismo.
- **D) Cefalosporina di II generazione**: Le cefalosporine di seconda generazione non garantiscono la copertura necessaria. Pur risultando utili in alcune patologie batteriche, mancano dell'attività specifica verso i patogeni intracellulari richiesti in questo quadro clinico.

**78** **Un uomo di 70 anni, ricoverato per scompenso cardiaco, presenta febbre con brivido scuotente fino a 38° C. Quale tra le seguenti indagini devono essere prioritariamente richieste per orientare la diagnosi?**

A Esame colturale espettorato
B VES e PCR
C Coprocoltura
**D Emocolture ed urinocolture**
E Rx torace

**Risposta giusta: D**

In un paziente anziano ricoverato per scompenso cardiaco la presenza di febbre accompagnata da **brividi scuotenti** orienta fortemente verso un'infezione batterica sistemica o batteriemia. Le indagini da richiedere con urgenza sono le **emocolture** e le **urinocolture** per identificare il germe e localizzare il focolaio infettivo. Il prelievo deve essere eseguito precocemente, idealmente prima di iniziare qualsiasi terapia antibiotica.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Esame colturale espettorato**: L'esame colturale dell'espettorato richiede un quadro clinico compatibile con polmonite e tosse produttiva documentata. Nell'anziano il campione risulta spesso poco affidabile senza questi segni respiratori specifici.
- **B) VES e PCR**: La VES e la PCR misurano solo parametri aspecifici dello stato infiammatorio. Non forniscono informazioni sulla sede anatomica coinvolta né sull'agente patogeno responsabile.
- **C) Coprocoltura**: La coprocoltura è indicata esclusivamente in presenza di sintomi gastrointestinali attivi come diarrea. In assenza di tale referto clinico non rappresenta un'indagine prioritaria.
- **E) Rx torace**: La radiografia del torace valuta unicamente le eventuali alterazioni polmonari. Rappresenta un passo successivo poiché la priorità diagnostica rimane la ricerca microbiologica immediata attraverso le colture.

---

**79** **Quale dei seguenti farmaci ha come controindicazione assoluta l'uso durante una riacutizzazione asmatica?**

A Ipratropio bromuro
B Solfato di magnesio
C Metilprednisolone
**D Adenosina**
E Salbutamolo

**Risposta giusta: D**

L'adenosina provoca forte **broncospasmo** e aggrava rapidamente la broncocostrizione. Il rischio clinico supera qualsiasi beneficio, rendendo il farmaco controindicato in modo assoluto durante la riacutizzazione.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Ipratropio bromuro**: L'ipratropio bromuro è un antagonista muscarinico impiegato nell'asma acuta per potenziare la dilatazione delle vie aeree.
- **B) Solfato di magnesio**: Il solfato di magnesio è indicato come terapia aggiuntiva nelle crisi gravi grazie al suo effetto broncodilatatore.
- **C) Metilprednisolone**: Il metilprednisolone è un corticosteroide sistemico essenziale per controllare l'infiammazione respiratoria durante l'esacerbazione.
- **E) Salbutamolo**: Il salbutamolo è un agonista beta-2 rapido che stimola il rilassamento del muscolo liscio bronchiale, costituendo il primo intervento terapeutico.

---

**80** **Quali anticorpi si ritrovano prevalentemente nella colangite biliare primitiva?**

A Anti-muscolo liscio

B **Anti-mitocondrio**

C Anti-endomisio

D Anti-RNP

E Anti-Jo-1

**Risposta giusta: B**

La **colangite biliare primitiva** è una patologia autoimmune che distrugge progressivamente i piccoli dotti biliari intraepatici. Il referto sierologico più caratteristico è la presenza degli **anticorpi anti-mitocondrio**. Questo marcatore orienta fortemente verso la diagnosi in un quadro clinico compatibile, pur non essendo da solo sufficiente per la certificazione diagnostica.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Anti-muscolo liscio**: Gli anticorpi anti-muscolo liscio si rilevano prevalentemente nei pazienti con **epatite autoimmune di tipo 1**.
- **C) Anti-endomisio**: Gli anticorpi anti-endomisio costituiscono il marker immunologico tipico della **celiachia**.
- **D) Anti-RNP**: Gli anticorpi anti-RNP compaiono soprattutto nella malattia mista del tessuto connettivo e in altre connettiviti sistemiche.
- **E) Anti-Jo-1**: Gli anticorpi anti-Jo-1 si associano alle miopatie infiammatorie croniche, in particolare alla **polimiosite** e alla sindrome antisintetasi.

**81** **Un ragazzo di 15 anni si presenta ad una valutazione nefrologica ambulatoriale per il riscontro all'esame urine spot di microematuria e albuminuria di 70 mg/dL. L'anamnesi familiare evidenzia microematuria nella madre e microematuria e malattia renale cronica stadio 3b nella nonna. Gli esami clinici di approfondimento evidenziano una ipoacusia per le alte frequenze. Quale tra le seguenti mutazioni geniche è più probabilmente associata a questo caso?**

A Mutazione del gene NPHS1

**B Mutazione del gene COL4A5**

C Mutazione del gene APOL1

D Mutazione del gene PKD1

E Mutazione del gene GLA

**Risposta giusta: B**

Il quadro clinico combina **microematuria familiare**, progressione verso malattia renale e **ipoacusia neurosensoriale** ad alte frequenze, tipico della sindrome di Alport legata al cromosoma X. La mutazione riguarda **COL4A5**, che codifica per il **collagene di tipo IV** essenziale per la struttura della membrana basale glomerulare.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Mutazione del gene NPHS1**: Le mutazioni di NPHS1 causano sindrome nefrosica congenita con presentazione molto precoce e proteinuria massiva, incompatibili con l'esordio tardivo, la microematuria isolata e i sintomi uditivi osservati.
- **C) Mutazione del gene APOL1**: L'APOL1 aumenta il rischio di nefropatie, soprattutto in popolazioni di origine africana, ma non determina il quadro associato di ematuria persistente e perdita uditiva né segue questo specifico pattern di trasmissione familiare.
- **D) Mutazione del gene PKD1**: PKD1 provoca malattia policistica autosomica dominante caratterizzata da cisti multiple, ingrossamento renale e ipertensione; sebbene possa comparire ematuria, la ipoacusia non rientra nel fenotipo atteso.
- **E) Mutazione del gene GLA**: GLA è responsabile della malattia di Fabry, che include interessamento renale ma si distingue per neuropatia dolorosa, angiokeratomi e ipoidrosi, assenti in questa presentazione.

**82** **Un paziente di 80 anni giunge in Pronto Soccorso perché ritrovato a terra dopo un periodo prolungato di perdita di coscienza. Gli esami ematochimici riportano: urea 110 mg/dL, creatininemia 5 mg/dL, potassiemia 5.7 mEq/L, CPK 15000 U/L e mioglobina 1500 µg/L. Quale delle seguenti diagnosi è la più probabile?**

A Insufficienza renale acuta organica da necrosi glomerulare

**B Insufficienza renale acuta organica da rabdomiolisi**

C Insufficienza renale acuta pre-renale

D Insufficienza renale acuta ostruttiva

E Insufficienza renale acuta organica da necrosi tubulare acuta ischemica

**Risposta giusta: B**

Il quadro clinico e laboratoristico indica chiaramente una **rabdomiolisi** secondaria a un'immobilizzazione prolungata dopo la perdita di coscienza. La lisi muscolare rilascia **mioglobina**, sostanza nefrotossica che precipita nei tubuli renali causando un danno renale acuto di tipo organico. L'aumento della **potassiemia** conferma il processo di rottura cellulare, confermando la diagnosi.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Insufficienza renale acuta organica da necrosi glomerulare**: Le glomerulopatie presentano tipicamente proteinuria, ematuria e quadri clinici nefritici o nefrosici, senza i marcatori caratteristici di distruzione muscolare come l'aumento marcato di CPK e mioglobina.
- **C) Insufficienza renale acuta pre-renale**: Nell'insufficienza renale pre-renale si osservano ipoperfusione, disidratazione o shock senza danno renale intrinseco. Qui invece sono evidenti segni di lesione organica diretta legata alla lisi muscolare e al rilascio di pigmenti tossici.
- **D) Insufficienza renale acuta ostruttiva**: Un'ostruzione delle vie urinarie può provocare insufficienza renale acuta, ma i valori elevati di CPK e mioglobina orientano specificamente verso un danno muscolare con mioglobinuria, non verso un blocco anatomico del tratto urinario.
- **E) Insufficienza renale acuta organica da necrosi tubulare acuta ischemica**: Sebbene la necrosi tubulare ischemica sia una causa comune di insufficienza renale acuta organica, in questo caso il meccanismo principale è tossico-pigmentario. Il danno tubulare deriva direttamente dalla mioglobina liberata dalla rabdomiolisi, non da un'ipoperfusione renale isolata.

**83** **Un uomo di 70 anni si presenta dal Medico di Medicina Generale lamentando da alcuni mesi incertezza nella marcia. Riferisce anche insorgenza di recenti episodi di incontinenza urinaria. Nelle ultime settimane sono comparsi inoltre deficit mnesici e dell'attenzione. Alla luce dei disturbi riferiti, la diagnosi più probabile è:**

A Demenza fronto-temporale
B Morbo di Parkinson
C **Idrocefalo normoteso**
D Malattia di Alzheimer
E Demenza a corpi di Lewy

**Risposta giusta: C**

Il paziente presenta la triade classica caratterizzata da **instabilità della marcia**, **incontinenza urinaria** e **declino cognitivo**. Nei soggetti anziani i segni insorgono progressivamente seguendo quest'ordine sequenziale. La diagnosi è prioritaria perché il quadro può essere parzialmente reversibile grazie alla **derivazione ventricolare**.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Demenza fronto-temporale**: Mostra precocemente mutamenti comportamentali, apatia, disinibizione o afasia. L'età di insorgenza è mediamente più bassa e il fenotipo clinico non combacia con la triade descritta.
- **B) Morbo di Parkinson**: È definito principalmente da sindrome extrapiramidale con tremore, rigidità e bradicinesia. Le manifestazioni cognitive ed i disordini della continenza appartengono esclusivamente alle fasi tardive.
- **D) Malattia di Alzheimer**: Esordisce con un deterioramento mnemico isolato che progredisce verso altri domini cognitivi. Non caratterizza un quadro iniziale dominato da alterazioni della stazione eretta e perdita del controllo urinario.
- **E) Demenza a corpi di Lewy**: Predilige fluttuazioni dell'attenzione, allucinazioni visive ricorrenti e parkinsonismo idiopatico. L'anomalia del passo magnetico e il problema sfinterico precoci sono atipici per questa eziologia.

**84** **Una donna di 32 anni riferisce da alcuni giorni diplopia, debolezza della muscolatura cervicale ed ipofonia. I sintomi hanno un andamento fluttuante con peggioramento serale. Alla luce dell'anamnesi, quale dei seguenti esami è il più indicato?**

A RM encefalo
B EEG
C **TC torace**
D TC encefalo
E Velocità di conduzione motoria

**Risposta giusta: C**

Il quadro clinico è tipico di **miastenia gravis**, caratterizzato da diplopia, debolezza cervicale, ipofonia e decorso fluttuante con peggioramento serale. Nella paziente giovane l'esame iniziale più indicato è la TC del torace per escludere timoma o altre alterazioni del mediastino. Questa indagine fornisce informazioni decisive sia per la diagnosi che per il piano terapeutico.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) RM encefalo**: La RM encefalo evidenzia malformazioni o ischemie centrali ma non spiega sintomatologia oscillante legata allo sforzo. La gravità dei segni varia durante la giornata e rispetta la distribuzione tipica delle sindromi periferiche.
- **B) EEG**: L'EEG registra l'attività elettrica corticale ed è utilizzato per epilessia o delirium. Non intercetta deficit della trasmissioni sinaptiche neuromuscolare e non contribuisce alla diagnosi differenziale.
- **D) TC encefalo**: La TC encefalo analizza esclusivamente la morfologia cranica e non chiarisce disturbi della contrazione muscolare. I sintomi riportati orientano verso una patologia della giunzione neuromuscolare e non verso una lesione cerebrale.
- **E) Velocità di conduzione motoria**: La misurazione della velocità di conduzione motoria valuta danni ai nervi periferici. Nella miastenia si richiedono protocolli neurofisiologici mirati come la stimolazione ripetitiva o l'elettromiografia a singola fibra per documentare il decremento del potenziale muscolare.

**85** **Un uomo di 65 anni viene condotto in Pronto Soccorso dopo essere stato ritrovato per strada in stato confusionale, dimostrando instabilità nella marcia. Gli esami ematici non evidenziano alterazioni particolari e la TC encefalo è negativa per lesioni acute. Da precedenti accessi in Pronto Soccorso si evincono frequenti traumatismi in corso di potus. Quale può essere il trattamento più indicato?**

A Idratazione endovena con soluzione fisiologica
B Corticosteroidi
C **Somministrazione di tiamina**
D Somministrazione di vitamina B12
E Idratazione endovena con soluzione glucosata

**Risposta giusta: C**

Il quadro clinico suggerisce un'**encefalopatia di Wernicke**. Confusione mentale, atassia e storia di alcolismo cronico richiedono somministrazione immediata di **tiamina**. È prioritario correggere il deficit vitaminico per prevenire danni neurologici irreversibili. La **soluzione glucosata** deve essere evitata se non preceduta dalla copertura vitaminica.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Idratazione endovena con soluzione fisiologica**: L'idratazione endovenosa con soluzione fisiologica rappresenta un supporto generico ma non risolve il deficit nutrizionale di base. Non ci sono evidenze di disidratazione grave o alterazione metabolica aspecifica.
- **B) Corticosteroidi**: I corticosteroidi non trovano indicazione clinica in assenza di processi infiammatori attivi o sospetto di edema cerebrale. Non interferiscono con i percorsi di recupero neuronale da malnutrizione.
- **D) Somministrazione di vitamina B12**: La vitamina B12 è essenziale per emopoiesi e mielinizzazione ma non contrasta i sintomi neurologici legati all'alcolismo. Il meccanismo patogenetico principale riguarda il metabolismo dei carboidrati.
- **E) Idratazione endovena con soluzione glucosata**: La fluidoterapia zuccherina risulta potenzialmente pericolosa se data senza copertura preventiva adeguata. L'introito di zuccheri accelera il consumo di cofattori enzimatici esistenti e peggiora la sintomatologia cerebrale.

**86** **Quale dei seguenti criteri NON fa parte di quelli previsti da DSM-5 per formulare la diagnosi di Bulimia nervosa?**

A Episodi di iperalimentazione incontrollata (Binge eating) e condotte compensatorie che si verificano minimo una volta alla settimana per almeno 3 mesi

B Ricorrenti episodi di iperalimentazione incontrollata (Binge eating)

C **Presenza di amenorrea da almeno tre mesi**

D Livelli di autostima indebitamente influenzati dalla immagine e dal peso corporeo

E Ricorrenti e inappropriate condotte compensatorie per prevenire l'aumento di peso

**Risposta giusta: C**

Il DSM-5 richiede la presenza di abbuffate ricorrenti, comportamenti compensatori inadeguati, un impatto sproporzionato del peso e della forma corporea sull'autostima e specifici parametri di frequenza. Il criterio dell'amenorrea è stato eliminato dall'edizione attuale perché privo di affidabilità diagnostica e non trasversale a tutte le popolazioni cliniche. Di conseguenza non è più necessario per confermare la malattia.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Episodi di iperalimentazione incontrollata (Binge eating) e condotte compensatorie che si verificano minimo una volta alla settimana per almeno 3 mesi**: La sintomatologia alimentare e i metodi compensatori devono comparire con una precisione temporale stabilita. Il manuale fissa una soglia di almeno una volta alla settimana per tre mesi consecutivi, necessaria a distinguere il disturbo clinico da atteggiamenti isolati.
- **B) Ricorrenti episodi di iperalimentazione incontrollata (Binge eating)**: Le abbuffate ricorrente costituiscono uno dei due pilastri diagnostici ufficiali. Questi episodi comportano un consumo di grandi quantità di cibo in un lasso temporale definito unito a una marcata percezione di perdita di controllo.
- **D) Livelli di autostima indebitamente influenzati dalla immagine e dal peso corporeo**: La valutazione personale deve dipendere in modo eccessivo dal peso e dalla figura fisica. Questo legame cognitivo riflette la paura centrale del disturbo e la svalutazione basata esclusivamente sull'aspetto corporeo.
- **E) Ricorrenti e inappropriate condotte compensatorie per prevenire l'aumento di peso**: I metodi di compenso devono essere inadeguati e ripetuti sistematicamente per evitare il guadagno ponderale. Le pratiche cliniche tipiche includono vomito autoindotto, abuso di lassativi o diuretici, digiuni severi e attività fisica compulsiva.

**87** **Quale fra i seguenti farmaci antineoplastici ad attività citotossica appartiene alla classe degli antimetaboliti?**

A Docetaxel
B Eribulina
C Ciclofosfamide
D **Capecitabina**
E Epirubicina

**Risposta giusta: D**

La capecitabina è un **antimetabolita** e agisce come **profarmaco del 5-fluorouracile**. Questa classe farmacologica interferisce con la **sintesi degli acidi nucleici** bloccando la replicazione del DNA e la proliferazione tumorale. Farmaci simili includono il metotrexato e lo stesso 5-fluorouracile.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Docetaxel**: Il docetaxel è un antimitotico di classe tassanica. Stabilizza i microtubuli impedendone la depolimerizzazione naturale e arrestando la divisione cellulare.
- **B) Eribulina**: L'eribulina è un inibitore specifico dei microtubuli. Legandosi alla tubulina arresta la progressione della mitosi, mantenendo una modalità d'azione distinta da quella degli antimetaboliti.
- **C) Ciclofosfamide**: La ciclofosfamide appartiene agli agenti alchilanti. Danneggia il DNA formando legami crociati trans-streptici che bloccano la duplicazione del materiale genetico.
- **E) Epirubicina**: L'epirubicina è un farmaco antitumorale di tipo antracinico. Intercala le basi azotate del DNA e inibisce la topoisomerasi II, operando attraverso meccanismi diversi dall'inibizione metabolica.

**88** **Un paziente di 60 anni, a seguito di episodio di ematuria, con anamnesi patologica muta ed esami ematochimici nella norma, effettua un'ecografia della vescica che pone il sospetto di tumore vescicale. Il paziente viene sottoposto a cistoscopia con resezione transuretrale stadiante. L'esame istologico depone per "carcinoma uroteliale infiltrante il muscolo". Le indagini strumentali di stadiazione mostrano la presenza di multiple metastasi linfonodali ed ossee. Quale tra i seguenti trattamenti chemioterapici è indicato?**

A Cisplatino-Vinorelbina

**B Cisplatino-Gemcitabina**

C Carboplatino-Pemetrexed ad intento neoadiuvante

D Oxaliplatino-Gemcitabina ad intento neoadiuvante

E Cisplatino-Capecitabina

**Risposta giusta: B**

Il carcinoma uroteliale infiltrante il muscolo con **metastasi** linfonodali e ossee richiede terapia sistemica palliativa. Se il paziente è eleggibile al platino, lo schema di prima linea è la combinazione **cisplatino-gemcitabina**. L'obiettivo è il controllo della malattia avanzata. La chemioterapia **neoadiuvante** è riservata alla patologia localmente avanzata prima dell'intervento chirurgico.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Cisplatino-Vinorelbina**: La vinorelbina non costituisce uno schema standard in questo tumore e viene impiegata in altri contesti oncologici differenti.
- **C) Carboplatino-Pemetrexed ad intento neoadiuvante**: Il pemetrexed non è un farmaco di riferimento per questa neoplasia, il carboplatino si assegna solo ai pazienti non idonei al cisplatino e l'obiettivo neoadiuvante non è compatibile con la disseminazione metastatica accertata.
- **D) Oxaliplatino-Gemcitabina ad intento neoadiuvante**: Non si impiega l'ossaliplatino nel carcinoma uroteliale metastatico e l'intento neoadiuvante è errato perché le metastasi sono già documentate.
- **E) Cisplatino-Capecitabina**: La capecitabina è indicata per altri carcinomi solidi; nello specifico della vescica i regimi confermati sono cisplatino-gemcitabina o MVAC.

**89** **Il trattamento antineoplastico con Palbociclib è indicato nelle pazienti affette da carcinoma:**

- **A** **Mammario metastatico positivo ai recettori ormonali e negativo all'HER-2**
- **B** Della cervice uterina metastatico
- **C** Ovarico metastatico positivo ai recettori ormonali
- **D** Mammario metastatico negativo ai recettori ormonali e all'HER-2
- **E** Ovarico metastatico negativo ai recettori ormonali

**Risposta giusta: A**

Palbociclib è un **inibitore delle chinasi CDK4/6** impiegato nel carcinoma mammario avanzato o metastatico **HR-positivo e HER-2 negativo**. Agisce bloccando la progressione del ciclo cellulare ed è associato alla **terapia endocrina**.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **B) Della cervice uterina metastatico**: Per il carcinoma della cervice uterina metastatico sono previsti schemi terapeutici differenti e non esistono evidenze cliniche che supportino l'impiego di Palbociclib.
- **C) Ovarico metastatico positivo ai recettori ormonali**: Il carcinoma ovarico non rientra tra le indicazioni cliniche approvate per questo farmaco, che trova utilizzo specifico esclusivamente nell'oncologia mammaria.
- **D) Mammario metastatico negativo ai recettori ormonali e all'HER-2**: Non è indicato per i tumori privi di recettori ormonali (tripli negativi), poiché il meccanismo d'azione richiede la presenza di tali recettori per garantire efficacia.
- **E) Ovarico metastatico negativo ai recettori ormonali**: Errata per lo stesso motivo della C; l'assenza di recettori ormonali eliminerebbe completamente il razionale biologico dell'utilizzo degli inibitori CDK4/6.

**90** **Un bambino di dieci anni arriva in Pronto Soccorso per febbre elevata, tosse catarrale e secrezione nasale da cinque giorni. Alla valutazione clinica riscontro di edema ed iperemia palpebrale sinistra con cefalea frontale, riferita da 2 giorni e dolore alla rotazione dei bulbi oculari. Agli esami ematochimici leucocitosi neutrofila (GB 19.530/mmc, N 79.6%) e importante aumento degli indici di flogosi (PCR 17.64 mg/dL, PCT 15.6 ng/mL). Quale tra le seguenti è la diagnosi più probabile?**

- **A** **Cellulite orbitaria post-settale**
- **B** Puntura di insetto
- **C** Allergia da farmaci
- **D** Calazio
- **E** Neuroblastoma

**Risposta giusta: A**

Il quadro clinico indica un'**infezione batterica** dei seni paranasali con estensione alle strutture retroorbitali. La febbre elevata associata al dolore alla rotazione dei bulbi oculari segnala un **coinvolgimento orbitario**. Gli esami ematochimici confermano la risposta infiammatoria acuta tramite **leucocitosi neutrofila** e marker proinfiammatori aumentati.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **B) Puntura di insetto**: La puntura d'insetto produce gonfiore e arrossamento locali, ma il quadro rimane circoscritto al sito di inoculo. Non spiega i sintomi sistemici, il mal di testa frontale persistente o il coinvolgimento profondo dell'orbita evidenziato dall'esame obiettivo.
- **C) Allergia da farmaci**: L'allergia da farmaci può provocare edema palpebrale, ma non giustifica l'elevata temperatura né la marcata risposta leucocitaria. Inoltre, non causa dolore ai movimenti oculari né segni sistematici di infezione attiva.
- **D) Calazio**: Il chalazio è una patologia cronica della palpebra dovuta a ostruzione delle ghiandole meibomiane. Si presenta come nodulo indolore privo di febbre, edema diffusamente iperemico o alterazioni ematochimiche infiammatorie acute.
- **E) Neuroblastoma**: Il neuroblastoma è una neoplasia congenita che potrebbe manifestarsi con protrusione oculare, ma il suo sviluppo è progressivo. Non corrisponde al quadro febbrile acuto, agli elevati indicatori di flogosi né alla recente storia di sintomi respiratori.

**91** **Una bambina di cinque anni viene portata dal pediatra per bronchite acuta febbrile. La mamma riferisce frequenti (oltre 10-12 all'anno) episodi di infezioni delle vie aeree superiori ed inferiori, otiti e infezioni gastroenteriche. Nel sospetto di un deficit dell'immunità, vengono eseguiti degli accertamenti ematochimici che tra le altre cose evidenziano: IgG: 1117 mg/dL; IgA: 3 mg/dL; IgM: 119 mg/dL. Quale tra le seguenti è la diagnosi più probabile?**

A Agammaglobulinemia congenita

B Nessun deficit dell'immunità

C **Deficit selettivo di IgA**

D Immunodeficienza comune variabile

E Deficit delle sottoclassi IgG

**Risposta giusta: C**

Il valore di IgA risulta drasticamente inferiore ai limiti normali ($3\ \mathrm{mg/dL}$) mentre IgG ($1117\ \mathrm{mg/dL}$) e IgM ($119\ \mathrm{mg/dL}$) si mantengono nella fascia fisiologica. Questa discrepanza isolata evidenzia un **difetto selettivo** nella sintesi degli anticorpi della classe IgA. Le frequenti infezioni delle superfici di scambio mucosali costituiscono la manifestazione clinica caratteristica. La presenza della paziente in età evolutiva supporta ulteriormente la correlazione diagnostica.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Agammaglobulinemia congenita**: L'agammaglobulinemia congenita prevede una diminuzione massiccia di tutte le immunoglobuline sieriche, con un calo predominante delle IgG. Il referto attuale dimostra invece la **preservazione** delle altre classi.
- **B) Nessun deficit dell'immunità**: La ricaduta continua di processi infettivi a carico dell'albero respiratorio e dell'intestino indica chiaramente uno stato di vulnerabilità sistemica. Sostenere l'assenza di anomalie immunitarie contraddice sia la documentazione **dati anamnestici** sia i parametri analitici alterati.
- **D) Immunodeficienza comune variabile**: Nel quadro di immunodeficienza comune variabile si osservano abitualmente riduzioni multipli di diverse categorie anticorpali, spesso con Ig G significativamente depresso. I **livelli consolidati** di IgG e IgM esclusono totalmente questa sindrome.
- **E) Deficit delle sottoclassi IgG**: Un'alterazione mirata delle frazioni secondarie Ig G comprometterebbe prevalentemente la difesa polmonare senza giustificare la scomparsa pressoché totale delle IgA. Il criterio discriminante principale rimane l'impatto esclusivo sulla **categoria specifica**.

**92** **Una neonata nata da parto spontaneo a 36 settimane di gestazione, presenta macrocrania (circonferenza cranica > 97° percentile). Vengono eseguiti, nell'attesa degli esiti di altri esami, una ecografia cerebrale transfontanellare e un esame del fundus oculi, che evidenziano idrocefalo con calcificazioni intracraniche e corioretinite. Il quadro clinico è fortemente suggestivo della diagnosi di:**

A Malformazione di Arnold Chiari
B Tumore dei plessi corioidei
C **Toxoplasmosi congenita**
D Siringomielia
E Infezione da Streptococco beta-emolitico di Gruppo B

**Risposta giusta: C**

La combinazione di **idrocefalo**, **calcificazioni intracraniche** e **corioretinite** orienta verso un'infezione congenita attiva. La macrocrania deriva dall'ampliamento dei ventricoli cerebrali secondario al versamento liquorale. L'associazione tra segni neurologici e oculari nel neonato impone lo screening delle infezioni **TORCH**, identificando la toxoplasmosi come causa primaria.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Malformazione di Arnold Chiari**: La malformazione di Arnold Chiari può favorire l'idrocefalo bloccando il normale deflusso del liquido, tuttavia mancano i tratti anatomici e i deficit neurologici specifici della sindrome. Non giustifica le calcificazioni endocraniche né il coinvolgimento oculare.
- **B) Tumore dei plessi corioidei**: Il tumore dei plessi corioidei può alterare il ritmo di secrezione del liquido cerebrospinale generando idrocefalo, ma non produce depositi calcifici diffusi né danni alla retina coroideale.
- **D) Siringomielia**: La siringomielia consiste nella formazione di cavità liquidose all'interno del parenchima midollare, quindi non correlata con i reperti cranici e oftalmologici presenti. Non origina idrocefalo, microcalcificazioni encefaliche né alterazioni del fundus oculi.
- **E) Infezione da Streptococco beta-emolitico di Gruppo B**: Lo *Streptococco beta-emolitico di Gruppo B* causa prevalentemente sepsi o meningite neonatale, manifestazioni cliniche che non includono il quadro misto di calcificazioni cerebrali e corioretinite descritto.

**93** **Un bambino di 14 anni viene portato dal pediatra. Presenta, secondo i genitori, un ritardo dello sviluppo puberale ed è tendenzialmente più alto dei compagni, in particolare per un alterato rapporto della lunghezza del tronco rispetto gli arti inferiori. All'esame obiettivo è evidente modesta ginecomastia con volume testicolare ridotto. Nel sospetto di una sindrome da anomalia cromosomica viene consigliata l'esecuzione del cariotipo. Quale tra le seguenti è la diagnosi più probabile?**

A Sindrome di Down
B Pseudoermafroditismo femminile
C **Sindrome di Klinefelter**
D Pseudoermafroditismo maschile
E Sindrome di Pallister-Killian

**Risposta giusta: C**

Il quadro clinico indica un ritardo puberale con statura elevata e arti inferiori più lunghi rispetto al tronco. La presenza di ginecomastia e **testicoli piccoli** orienta verso un'anomalia cromosomica maschile **47,XXY**. La condizione provoca un **ipogonadismo ipergonadotropo** che causa scarsa virilizzazione e infertilità. Il cariotipo conferma la diagnosi.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Sindrome di Down**: La sindrome di Down può associarsi a ipotonia, ritardo cognitivo e problemi endocrini, ma non determina un fenotipo con statura alta, arti lunghi, ginecomastia e gonadi ridotte.
- **B) Pseudoermafroditismo femminile**: Il pseudoermafroditismo femminile riguarda un soggetto geneticamente femmina con virilizzazione variabile, quindi non corrisponde a un ragazzo con segni evidenti di ipogonadismo e volumi testicolari ridotti.
- **D) Pseudoermafroditismo maschile**: Il pseudoermafroditismo maschile colpisce soggetti geneticamente maschi con differenziazione sessuale incompleta o insensibilità agli androgeni, mentre la combinazione di statura elevata, ginecomastia e ipogonadismo fa escludere questa ipotesi a favore della sindrome cromosomica descritta.
- **E) Sindrome di Pallister-Killian**: La sindrome di Pallister-Killian è un disturbo raro caratterizzato da manifestazioni neurologiche marcate, dismorfismi e ritardo evolutivo, senza includere il quadro tipico di alterata maturazione sessuale e ridotta gonadi osservato.

**94** **Una bambina di 13 anni presenta bassa statura, in relazione a quella di entrambi i genitori, ritardo dello sviluppo puberale e alcune anomalie somatiche, tra le quali in particolare pterigio del collo ed impianto basso dei capelli. Vengono riferite difficoltà scolastiche. Quale tra le seguenti è il sospetto diagnostico più probabile?**

A Sindrome di Klinefelter
B Sindrome di Marfan
C Sindrome di Down
D **Sindrome di Turner**
E Sindrome di Gilles de La Tourette

**Risposta giusta: D**

Il quadro clinico descrive una bambina con **bassa statura**, **ritardo puberale**, **pterigio del collo** e impianto basso dei capelli. Questi tratti associati a **difficoltà scolastiche** settoriali sono classici dell'**alterazione cromosomica sessuale femminile** che caratterizza la sindrome di Turner.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Sindrome di Klinefelter**: La sindrome di Klinefelter colpisce solo i maschi e si associa a ipogonadismo e infertilità, presentando un fenotipo completamente diverso dal caso descritto.
- **B) Sindrome di Marfan**: La sindrome di Marfan si caratterizza per statura alta, arti allungati, ipermobilità articolare e quadri cardiovascolari, contrapponendosi alla baixa statura e al ritardo dello sviluppo puberale.
- **C) Sindrome di Down**: La sindrome di Down mostra un fenotipo diverso, con ritardo cognitivo globale, facies tipica e varie malformazioni congenite, non rispondendo al profilo clinico proposto.
- **E) Sindrome di Gilles de La Tourette**: La sindrome di Gilles de La Tourette si manifesta prevalentemente con tic motori e vocali, senza bassa statura, dismorfismi o ritardo puberale.

**95** **Un bambino di nove anni viene accompagnato in Pronto Soccorso pediatrico per la presenza di dolore addominale in sede epigastrica, insorto dal giorno precedente, che peggiora con l'alimentazione e si complica con nausea e vomito. Vengono fatti accertamenti ematochimici che rilevano leucocitosi, aumento della proteina C-reattiva, delle transaminasi, della fosfatasi alcalina, e un più significativo aumento dell'amilasi e delle lipasi sieriche. Di quale delle seguenti patologie il quadro descritto è più fortemente indicativo?**

A Forma di epatite autoimmune
B Gastrite erosiva
C Perforazione gastrica
D **Pancreatite acuta**
E Sindrome di Meckel

**Risposta giusta: D**

Il quadro clinico combina un **dolore epigastrico** che peggiora con l'alimentazione con nausea e vomito. Gli accertamenti mostrano un **aumento marcato di amilasi e lipasi** sieriche insieme a leucocitosi e proteina C-reattiva elevata. L'aumento delle transaminasi e della fosfatasi alcalina è spesso secondario a un **coinvolgimento biliare** o a un'infiammazione associata delle vie epatiche. Questi elementi orientano definitivamente verso una malattia pancreatica.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Forma di epatite autoimmune**: L'epatite autoimmune causa principalmente un aumento delle transaminasi e segni di sofferenza epatica, senza spiegare il dolore post-prandiale né l'elevazione delle amilasi e lipasi.
- **B) Gastrite erosiva**: La gastrite erosiva può provocare dolore epigastrico e vomito, ma non rende conto dell'importante incremento degli enzimi pancreatici che rappresenta il dato di laboratorio decisivo.
- **C) Perforazione gastrica**: Una perforazione gastrica si manifesta con un quadro di addome acuto drammatico e segni di irritazione peritoneale, ma non giustifica l'incremento significativo degli enzimi pancreatici.
- **E) Sindrome di Meckel**: Il diverticolo di Meckel si presenta più frequentemente con sanguinamento intestinale, occlusione o dolore addominale aspecifico, risultando incompatibile con il **profilo enzimatico** tipico della pancreatite.

**96** **Una neo-mamma riceve, in dimissione dalla clinica ostetrica, alcune raccomandazioni per la gestione del piccolo. Quale tra le seguenti è ERRATA?**

A Somministrare Vitamina D

B Non esporre al sole diretto

C **Porre il neonato prono nel sonno**

D Alimentazione al seno per i primi 4-6 mesi di vita

E Non tenere la temperatura della sua cameretta oltre i 22-23 gradi centigradi

**Risposta giusta: C**

La posizione prona durante il sonno è **errata** perché aumenta il rischio di **sindrome della morte improvvisa del lattante**. Il neonato va messo a dormire supino, su un materasso rigido e senza oggetti morbidi nel lettino.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Somministrare Vitamina D**: La supplementazione di vitamina D è raccomandata nel lattante, soprattutto perché il latte materno non ne contiene quantità sufficienti.
- **B) Non esporre al sole diretto**: Il neonato non va esposto al sole diretto, per la delicatezza della pelle e per il rischio di colpi di calore e danni da radiazione solare.
- **D) Alimentazione al seno per i primi 4-6 mesi di vita**: L'allattamento al seno esclusivo nei primi mesi è fortemente raccomandato, almeno fino a 4-6 mesi, secondo le indicazioni cliniche e le condizioni del bambino.
- **E) Non tenere la temperatura della sua cameretta oltre i 22-23 gradi centigradi**: Un ambiente troppo caldo non è consigliabile. Mantenere la cameretta a una temperatura moderata, senza superare i 22-23 °C, aiuta a evitare il surriscaldamento del lattante.

**97** **Una ragazza di 12 anni presenta da una decina di giorni frequenti sbalzi d'umore e movimenti spontanei, rapidi e incontrollabili degli arti, talvolta dei muscoli facciali. Ha sempre goduto di buona salute e ricorda solo, alcune settimane addietro, una tonsillite a placche, fortemente febbrile ed accompagnata da cefalea e malessere. Quale tra queste è l'ipotesi diagnostica più probabile della patologia attuale della ragazza?**

A Stress psico-fisico
B Carenza di vitamina D
C **Corea di Sydenham**
D Epilessia rolandica
E Sindrome atassica

**Risposta giusta: C**

La paziente presenta **movimenti coreici** rapidi e incontrollabili uniti a **labilità emotiva** dopo un'infezione da **Streptococco beta-emolitico**. Questa sintomatologia corrisponde alla principale manifestazione tardiva della **febbre reumatica**, confermando la diagnosi.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Stress psico-fisico**: Le condizioni di stress possono alterare il tono dell'umore, ma non generano un quadro neurologico organico preciso. La comparsa temporale post-infettiva suggerisce un'origine immunologica piuttosto che funzionale.
- **B) Carenza di vitamina D**: La carenza di vitamina D si associa principalmente a alterazioni del metabolismo osseo e miopatie. Non produce tipici movimenti coreici né peggioramenti psicomotori acuti.
- **D) Epilessia rolandica**: L'epilessia rolandica provoca crisi focali prevalentemente notturne con coinvolgimento oro-facciale. Non giustifica i movimenti coreici generalizzati né gli sbalzi d'umore in un contesto post-infettivo.
- **E) Sindrome atassica**: Le sindromi atassiche determinano incoordinazione motoria, disturbi della deambulazione e difficoltà nella precisione dei gesti. Mancano i segni clinici della corea e il nesso patogenetico con infezioni faringo-tonnillari recenti.

**98** **Una donna di 55 anni di età viene accompagnata dallo psichiatra da una delle sue figlie. La donna manifesta un quadro clinico caratterizzato da un vissuto di tristezza accompagnato da auto-accuse di inadeguatezza e appare agitata lasciandosi andare spesso ad un pianto irrefrenabile. La figlia riferisce che tali episodi si sono presentati anche in passato con una frequenza solitamente annuale. Riferisce inoltre che in qualche occasione sua madre appare come accelerata nell'eloquio, molto fiduciosa in qualunque iniziativa stia intraprendendo con la tendenza a spendere in maniera poco controllata. Quale tra i seguenti è il provvedimento più adeguato?**

A Screening ormonale

B EEG ed esame TC cerebrale

C **Valutazione psicodiagnostica in vista di trattamento farmacologico con antidepressivi**

D RM encefalo

E Esami ematochimici: in particolare il dosaggio degli elettroliti

**Risposta giusta: C**

Il quadro clinico mostra episodi depressivi alternati a fasi di eloquio accelerato, euforia e discontrollo della spesa. Questi elementi suggeriscono un **disturbo dell'umore** con possibile componente bipolare. È necessaria una precisa **valutazione psicodiagnostica** prima di impostare la terapia. Somministrare **antidepressivi** senza aver escluso la diagnosi corretta comporta un alto **rischio di virata maniacale**.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Screening ormonale**: Lo screening ormonale ha utilità per escludere disfunzioni tiroidee in alcune alterazioni dell'umore. Non rappresenta il passo prioritario quando il sospetto diagnostico punta fortemente verso una condizione bipolare.
- **B) EEG ed esame TC cerebrale**: L'EEG e la TC cerebrale servono per escludere patologie organiche come epilessia o encefalopatia. Il quadro dominante è clinico-psichiatrico e non richiede indagini strumentali immediate.
- **D) RM encefalo**: La risonanza magnetica non è indicata come primo provvedimento. Si riserva ai casi con segni neurologici focali o sospetto di lesione organica. Qui l'esordio e il decorso sono coerenti con un quadro psichiatrico primario.
- **E) Esami ematochimici: in particolare il dosaggio degli elettroliti**: Gli elettroliti ed esami ematochimici di base non spiegano il ciclo ricorrente tra fasi depressive e fasi di attivazione comportamentale. Servono per valutare cause metaboliche acute ma non definiscono il disturbo psichiatrico centrale.

**99** **Un paziente di 19 anni presenta, da 2 mesi, ritiro sociale, allucinazioni uditive a contenuto denigratorio, ideazione persecutoria, e ha smesso di frequentare i corsi universitari a cui era iscritto. In anamnesi risulta uno sporadico uso di cannabinoidi e cocaina. Quale tra i seguenti è l'ipotesi diagnostica più verosimile?**

A Depressione maggiore con sintomi psicotici
B Disturbo psicotico breve
C Disturbo schizoaffettivo
D Disturbo borderline di personalità
**E Disturbo schizofreniforme**

**Risposta giusta: E**

Il disturbo schizofreniforme presenta sintomi psicotici che durano **da uno a sei mesi**. Allucinazioni uditive e ideazione persecutoria persistono da due mesi, con un marcato calo del funzionamento universitario. L'uso sporadico di sostanze, senza un nesso temporale documentato con i sintomi, non basta ad attribuire loro la psicosi.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Depressione maggiore con sintomi psicotici**: La depressione maggiore con sintomi psicotici richiede un **episodio depressivo maggiore**, non documentato nel caso. Il solo ritiro sociale non è sufficiente a diagnosticarlo.
- **B) Disturbo psicotico breve**: Il disturbo psicotico breve dura **meno di un mese**, mentre i sintomi descritti persistono da due mesi.
- **C) Disturbo schizoaffettivo**: Il disturbo schizoaffettivo richiede un episodio dell'umore presente per la maggior parte della durata della malattia. Non sono descritti episodi depressivi maggiori o maniacali.
- **D) Disturbo borderline di personalità**: Il disturbo borderline di personalità è caratterizzato da **instabilità pervasiva** delle relazioni, dell'immagine di sé e dell'affettività. Non spiega meglio una psicosi persistente per due mesi.

**100** **Un uomo di 79 anni presenta dolore e rigidità dei cingoli scapolare e pelvico da alcune settimane; agli esami di laboratorio emerge un aumento marcato degli indici di flogosi e negatività del fattore reumatoide e degli anticorpi anti-proteine citrullinate. Quale terapia tra le seguenti è da considerarsi di prima scelta?**

A Infliximab
B Micofenolato
C Rituximab
**D Glucocorticoidi per via orale**
E Leflunomide

**Risposta giusta: D**

Il quadro clinico è tipico di **polimialgia reumatica**. Il paziente anziano presenta dolore e rigidità dei cingoli scapolare e pelvico con indici infiammatori marcati. Gli autoanticorpi specifici risultano negativi. La terapia iniziale di riferimento richiede **glucocorticoidi orali** a basse dosi, con una **risposta rapida** e caratteristica.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Infliximab**: Si tratta di un farmaco anti-TNF impiegato in altre malattie infiammatorie croniche. Non costituisce la prima linea terapeutica per questa condizione.
- **B) Micofenolato**: Funziona come immunosoppressore per patologie sistemiche o nel supporto post-trapianto. Manca di indicazione come trattamento iniziale in questo scenario.
- **C) Rituximab**: Si configura come biologico utile in condizioni autoimmuni selezionate come la forma refrattaria di artrite reumatoide. Non è raccomandato come opzione iniziale per i sintomi descritti.
- **E) Leflunomide**: Rappresenta un agente modificante la malattia adoperato principalmente nell'artrite reumatoide. Il quadro attuale non corrisponde a un'artrite infiammatoria cronica classica.

**101** **Una donna di 65 anni affetta da gonalgia sinistra, di origine artrosica e trattata recentemente con iniezioni intra-articolari di acido ialuronico, si rivolge al pronto soccorso per improvvisa tumefazione del ginocchio sinistro, insorgenza di febbre (TC 38.2°C) e malessere generale. Agli esami di laboratorio si evidenzia un marcato rialzo degli indici di flogosi e leucocitosi neutrofila. Quale tra i seguenti esami andrà tempestivamente eseguito?**

A Rx ginocchio

**B Esame citochimico e colturale del liquido sinoviale**

C TC ginocchio

D Anticorpi anti-nucleo ed anticorpi anti-proteine citrullinate

E Fattore reumatoide ed anticorpi anti-proteine citrullinate

**Risposta giusta: B**

Il quadro clinico indica una forte probabilità di **artrite settica** dopo la recente procedura intra-articolare. L'aspirazione del liquido articolare costituisce l'**esame prioritario** per confermare la diagnosi e avviare la terapia mirata. L'analisi fornisce informazioni sulla cellula, sui cristalli e sulla necessità di inviare il campione per una **coltura**. Questa procedura consente di distinguere rapidamente un'infezione da altre cause di monoartrite acuta.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Rx ginocchio**: La radiografia semplice può mostrare alterazioni legate all'artrosi pregressa ma non è l'esame diagnostico principale nella fase acuta e non sostituisce l'analisi diretta del fluido articolare.
- **C) TC ginocchio**: La TC non è l'esame prioritario perché non identifica direttamente un'infezione articolare acuta e ritarda la diagnosi microbiologica.
- **D)** Anticorpi anti-nucleo ed anticorpi anti-proteine citrullinate orientano verso patologie autoimmuni o connettiviti, risultando non pertinenti nell'urgenza di una monoartrite febbrile acuta.
- **E)** Fattore reumatoide ed anticorpi anti-proteine citrullinate servono per sospettare l'artrite reumatoide, ma il paziente presenta febbre elevata e marcato rialzo degli indici flogistici che richiedono prima l'esclusione di un'origine infettiva.

**102** **Paziente di 48 anni con recente diagnosi di carcinoma del colon. Durante la consulenza nutrizionistica viene eseguito il test di screening del rischio di malnutrizione "MUST" che riporta uno score pari a 3. Come si interpreta tale punteggio?**

A Il paziente è a medio rischio di malnutrizione e necessita di prescrizione di integratori nutrizionali orali

B Il paziente è ad alto rischio di malnutrizione e necessita di un programma di nutrizione parenterale domiciliare

C Il paziente è a medio rischio di malnutrizione e necessita di una osservazione clinica

**D Il paziente è ad alto rischio di malnutrizione e necessita di una terapia nutrizionale**

E Il paziente è a basso rischio di malnutrizione; lo screening va ripetuto regolarmente

**Risposta giusta: D**

Uno score MUST pari a 3 indica un **rischio elevato** di malnutrizione. Questo punteggio non impone automaticamente la nutrizione parenterale, ma richiede l'avvio di una **terapia nutrizionale** completa, basata su **valutazione clinica** e scelta del supporto più adatto. Il risultato evidenzia un problema significativo da gestire con interventi attivi e non con semplice monitoraggio.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Il paziente è a medio rischio di malnutrizione e necessita di prescrizione di integratori nutrizionali orali**: Associa il punteggio a un rischio medio quando invece corrisponde a quello alto; gli integratori orali costituiscono solo una delle possibili strategie operative e non una conseguenza automatica o obbligatoria del test.
- **B) Il paziente è ad alto rischio di malnutrizione e necessita di un programma di nutrizione parenterale domiciliare**: Riconosce correttamente la gravità ma propone una via terapeutica troppo rigida; il protocollo MUST non suggerisce di per sé la nutrizione parenterale domiciliare, che viene riservata solo dopo verifica della funzionalità del tratto gastrointestinale e impossibilità di utilizzo entrale.
- **C) Il paziente è a medio rischio di malnutrizione e necessita di una osservazione clinica**: Sottostima la situazione definendola a medio rischio e limita la gestione all'osservazione clinica; uno score pari a 3 obbliga a pianificare subito un supporto nutrizionale strutturato e attivo, superando la semplice sorveglianza.
- **E) Il paziente è a basso rischio di malnutrizione; lo screening va ripetuto regolarmente**: Indica erroneamente un basso rischio; un punteggio di 3 classifica esplicitamente il paziente nella fascia più alta, rendendo insufficiente la sola ripetizione periodica dello screening senza alcun intervento immediato.

**103** **Una donna di 28 anni, in buona salute, riscontra, durante esami effettuati di routine, un lieve incremento degli enzimi epatici (AST 45 U/L, ALT 50 U/L, γ-GT 58 U/L); viene quindi effettuata ecografia epatica che non evidenzia alterazioni. La donna sostiene di non assumere farmaci e l'assetto auto-anticorpale sierico è normale. Alla ripetizione degli esami dopo 6 mesi il quadro è sovrapponibile. Si decide di effettuare biopsia epatica transcutanea che all'esame istologico mostra: "Spazi portali con lieve flogosi cronica, prevalentemente linfocitaria con occasionali plasmacellule e con iniziali aspetti di epatite dell'interfaccia. Il lobulo mostra steatosi macrovescicolare a chiazze (fino al 30% della sua estensione). Numerosi epatociti, soprattutto in sede periportale, mostrano un pigmento intracellulare che risulta rossastro alla colorazione con Rodamina". In base al quadro clinico, morfologico ed istochimico, quale tra le seguenti diagnosi è la più probabile?**

A Epatite autoimmune
B Colangite sclerosante primitiva
C Epatite da farmaci
D Epatite alcolica
E **Morbo di Wilson**

**Risposta giusta: E**

Il quadro clinico e istologico orienta verso il **morbo di Wilson**. La paziente presenta un'età giovane con lieve aumento persistente degli enzimi epatici, autoanticorpi negativi ed ecografia normale. L'esame istologico rivela steatosi e una **flogosi cronica** portale con iniziali segni di epatite interfacciale. Il reperto determinante è la presenza di un pigmento intracellulare che tinge di rosso con la Rodamina, indicativo di un **deposito di rame** tipico di questa condizione metabolica iniziale.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Epatite autoimmune**: Sospetta ma improbabile. Plasmacellule ed epatite interfacciale potrebbero farla pensare, ma la negatività degli autoanticorpi e l'assenza di profilo immunologico tipico la escludono. La colorazione specifica indica chiaramente altra origine.
- **B) Colangite sclerosante primitiva**: Non è attendibile perché ci si attende un quadro colestatico più evidente, frequente nelle malattie infiammatorie intestinali, con lesioni peculiari dei dotti biliari. Il reperto prevalente qui è invece il deposito metallico.
- **C) Epatite da farmaci**: Improbabile per l'assenza di terapia farmacologica riferita. Il colore rosso specifico evidenzia un accumulo metallico piuttosto che un danno tossico farmacologico.
- **D) Epatite alcolica**: Esclusa dalla mancata assunzione di alcol e dall'assenza di referti istologici classici come steatosi diffusa, ballooning epatocitario, corpi di Mallory-Denk e predominanza neutrofilica.

**104** **Un uomo di 46 anni, fumatore, nota, facendosi la barba, un nodulo di consistenza aumentata a livello dell'angolo mandibolare destro. Si reca dal medico che riscontra, alla palpazione, un nodulo di 2,5 cm di diametro a livello della parotide; si decide quindi di effettuare un esame citologico tramite agoaspirazione che mostra: "Lembi di cellule ossifile immerse in un materiale detritico contenente numerosi linfociti di piccola taglia". In base al quadro clinico ed al referto citologico, quale tra le seguenti è la diagnosi più probabile?**

A Carcinoma ossifilo
B Adenoma Pleomorfo
C **Tumore di Warthin**
D Leucemia Linfatica Cronica
E Cisti epidermoide

**Risposta giusta: C**

Il quadro clinico associa maschio adulto fumatore e nodulo parotideo, mentre la citologia evidenzia cellule oncocitarie in un fondo detritico ricco di linfociti maturi. Questa combinazione rappresenta il reperto caratteristico del tumore di Warthin, una lesione benigna fortemente legata al tabagismo.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Carcinoma ossifilo**: La presenza di cellule ossifile potrebbe suggerire una neoplasia oncocitaria, ma mancano i criteri di atipia maligna e l'abbondante sfondo linfoide esclude il carcinoma ossifilo.
- **B) Adenoma Pleomorfo**: L'adenoma pleomorfo è comune nelle ghiandole salivari ma presenta un aspetto completamente diverso, caratterizzato da una popolazione cellulare mista con elementi mioepiteliali e matrice condro-mixoide, assenti nella descrizione data.
- **D) Leucemia Linfatica Cronica**: I linfociti presenti nel materiale aspirato potrebbero indurre in errore verso una patologia sistemica, ma qui costituiscono la componente linfoide fisiologica del quadro citologico e non indicano una leucemia linfatica cronica.
- **E) Cisti epidermoide**: La cisti epidermoide è incompatibile con la sede e il reperto analizzato, poiché si presenterebbe con contenuto cheratinico ed epitelio squamoso stratificato, senza cellule oncocitarie né infiltrato linfoide.

**105** **Una donna di 78 anni, trattata all'età di 58 anni con mastectomia totale e radioterapia per un carcinoma della mammella, nelle ultime settimane ha notato la presenza di numerose lesioni bluastre a livello della cicatrice del pregresso intervento. A tale livello viene effettuata biopsia incisionale che all'esame istologico mostra: "numerosi vasi con pareti ispessite, variamente anastomizzati fra loro, rivestiti da cellule rigonfie e con numerose figure mitotiche". In base al quadro clinico ed al reperto istologico, quale tra le seguenti è la diagnosi più probabile?**

A Carcinoma squamoso
B Carcinoma infiltrante NST della mammella recidivo
C Malformazione artero-venosa
D Angiomiolipoma
**E Angiosarcoma**

**Risposta giusta: E**

La comparsa di lesioni bluastre sulla cicatrice, anni dopo radioterapia, orienta verso una neoplasia **vascolare**. L'istologia mostra vasi anastomizzati con pareti ispessite, cellule endoteliali rigonfie e frequenti mitosi, indicativi di una crescita **maligna**. Questo quadro clinico istologico è specifico dell'angiosarcoma secondario alle radiazioni.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Carcinoma squamoso**: Un carcinoma squamoso presenterebbe sempre un pattern **epiteliale** con matrice cornea e ponti intercellulari visibili al microscopio. Il referto attuale descrive esclusivamente una proliferazione di strutture tubulari anastomizzate.
- **B) Carcinoma infiltrante NST della mammella recidivo**: Un carcinoma infiltrante potrebbe ricomparire nella sede operata ma i reperti istologici sono chiaramente di origine **vascolare** non epiteliale. Il colorito bluastro delle lesioni e il trascorso radioterapico scartano una recidiva glandulare.
- **C) Malformazione artero-venosa**: Una malformazione artero-venosa resta un difetto strutturale **congenito** che non giustifica né la comparsa tardiva nel sito di vecchia cicatrice né la cellularità atipica l'elevata frequenza mitotica. Manca qualsiasi segno di trasformazione neoplastica.
- **D) Angiomiolipoma**: L'angiomiolipoma è una formazione composta da vasi muscolo liscio tessuto adiposo a predilezione strettamente **renale**. Non viene descritto come entità solitaria nelle sedi mammarie esposte a trattamenti radianti.

**106** **Un uomo di 57 anni nota sulla fronte una lesione nodulare, rosea, di circa 1 cm di diametro; viene effettuata una biopsia escissionale il cui esame istologico mostra: "Nidi di cellule alla giunzione dermo-ipodermica con nuclei periferici a palizzata frammisti a stroma di collagene denso". In base al quadro clinico ed al referto istologico, quale tra le seguenti è la diagnosi più probabile?**

A Carcinoma a cellule di Merkel
B Carcinoma adenoideo-cistico
C Nevo composto
D Melanoma
**E Carcinoma basocellulare**

**Risposta giusta: E**

Il quadro clinico descrive una lesione nodulare e rosea sul volto di un adulto, fortemente sospetta per un tumore cutaneo frequente. L'esame istologico conferma i criteri diagnostici principali con nidi di cellule a **palizzata periferica** e **stroma fibroso denso**, che indicano chiaramente un **carcinoma basocellulare**.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Carcinoma a cellule di Merkel**: Il carcinoma a cellule di Merkel si manifesta solitamente come un nodulo a rapida progressione e di colore rosso-violaceo. A differenza del referto, presenta tratti istologici **neuroendrine** e non la caratteristica disposizione cellulare ordinata alla periferia dei nidi.
- **B) Carcinoma adenoideo-cistico**: Il carcinoma adenoideo-cistico è una neoplasia epiteliale tipica delle ghiandole salivari e fuori contesto per una localizzazione cutanea primaria della fronte. Il suo profilo istologico fa riferimento a strutture cribriformi e non ai reperti microscopici di questo caso.
- **C) Nevo composto**: Il nevo composto è una proliferazione melanocitaria benigna con accumuli di cellule sia alla giunzione dermo-epidermica sia nel derma papillare. Manca del tutto il pattern architetturale a palizzata e lo stroma di collagene compatto descritto nell'istantanea.
- **D) Melanoma**: Il melanoma mostra un comportamento biologico diverso e istologicamente si distingue per marcati livelli di atipia e pleomorfismo cellulare. Cresce secondo schemi pagetoidi o infiltrativi senza formare nidi basaloidi organizzati con bordi palizzati.

**107** **Un paziente obeso di 50 anni è sottoposto ad intervento di nefrectomia in anestesia generale. Al risveglio si osserva ripresa di attività respiratoria spontanea che si esaurisce rapidamente. Per procedere all'estubazione in sicurezza e prevenire la PORC (Post Operative Residual Curarization), in un paziente con blocco neuromuscolare profondo, quale tra le seguenti indicazioni le linee guida internazionali identificano come prioritaria?**

A Che al monitoraggio quantitativo del blocco neuromuscolare la TOF-ratio sia = 0.7 TOF (Train Of Four)

B Che l'End Tidal CO2 sia compreso tra 35 e 45 mmHg

C Il recupero dello stato di coscienza e la ripresa dell'attività respiratoria spontanea

**D** **Che al monitoraggio quantitativo del blocco neuromuscolare la TOF-ratio sia ≥ 0.9 TOF (Train Of Four)**

E Che Vt sia superiore a 8 ml/kg

**Risposta giusta: D**

Le linee guida internazionali stabiliscono il **monitoraggio quantitativo** come criterio prioritario per l'estubazione sicura dopo blocco neuromuscolare profondo. La soglia minima riconosciuta richiede una **TOF-ratio** almeno pari a **0,9**. Valori inferiori comportano un rischio attivo di debolezza diaframmatica e di Porc. Il recupero clinico spontaneo non sostituisce la conferma strumentale della trasmissione nervosa completa.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Che al monitoraggio quantitativo del blocco neuromuscolare la TOF-ratio sia = 0.7 TOF (Train Of Four)**: Una TOF-ratio uguale a 0,7 segnala un recupero incompleto del trasferimento neuro-muscolare. Il paziente conserva debolezza respiratoria residua ed espone a complicationi polmonari post-operatorie.
- **B) Che l'End Tidal CO2 sia compreso tra 35 e 45 mmHg**: La concentrazione di $CO_2$ end-tirale valuta l'efficienza della ventilazione ma non identifica specificamente il residuo curarico. I valori possono restare nella norma nonostante una contrattilità dei muscoli respiratori ridotta.
- **C) Il recupero dello stato di coscienza e la ripresa dell'attività respiratoria spontanea**: La veglia clinica e la ventilazione spontanea sono indicatori utili ma non decisivi. Un soggetto cosciente può presentare ancora un blocco neuro-muscolare significativo incapace di garantire scambi gassosi sicuri.
- **E) Che Vt sia superiore a 8 ml/kg**: Un volume corrente superiore a $8\ \mathrm{ml\,kg^{-1}}$ non è un parametro affidabile di autonomia respiratoria completa. Lo stato di recupero si determina preferibilmente tramite monitoraggio quantitativo della trasmissione nervosa.

**108** **In corso di Anestesia Generale Bilanciata (Propofol, Succinilcolina, Fentanyl, Sevoflurano), un paziente di 23 anni presenta rialzo della temperatura corporea preceduta da alcune modifiche dei parametri, per cui si sospetta una ipertermia maligna. Quali sono, oltre all'ipertermia, le alterazioni più frequenti in tale condizione?**

A Tachicardia, Tachipnea, Alcalosi metabolica

B **Rigidità muscolare, aumento End Tidal CO2, Iperkaliemia**

C Tachicardia, Tachipnea, Ipokaliemia

D Rigidità muscolare, Rabdomiolisi, Ipokaliemia

E Aumento della End Tidal CO2, Alcalosi, Convulsioni

**Risposta giusta: B**

Nell'ipertermia maligna, i segni tipici e precoci sono l'aumento della produzione di $CO_2$, con incremento della End Tidal $CO_2$, la rigidità muscolare e l'iperkaliemia. È una crisi **ipermetabolica** del muscolo scheletrico, spesso scatenata da anestetici volatili e succinilcolina, che causa consumo massivo di ATP, contrattura muscolare e liberazione di potassio nel sangue. Questi reperti clinici e laboratoristici devono far sospettare subito la complicanza.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Tachicardia, Tachipnea, Alcalosi metabolica**: Tachicardia e tachipnea possono comparire, ma l'alcalosi metabolica non è tipica. All'inizio si osserva piuttosto un'**acidosi**, soprattutto respiratoria per l'aumento della $CO_2$, e in seguito anche metabolica.
- **C) Tachicardia, Tachipnea, Ipokaliemia**: Tachicardia e tachipnea possono comparire, ma l'alterazione del potassio è opposta: ci si aspetta iperkaliemia, non ipokaliemia, per la fuoriuscita di potassio dalle cellule muscolari danneggiate.
- **D) Rigidità muscolare, Rabdomiolisi, Ipokaliemia**: La **rigidità muscolare** e la rabdomiolisi sono compatibili con il quadro, ma l'ipokaliemia è errata: la rabdomiolisi e la distruzione muscolare causano iperkaliemia.
- **E) Aumento della End Tidal CO2, Alcalosi, Convulsioni**: L'aumento della End Tidal $CO_2$ è corretto e importante, ma l'alcalosi è errata: l'ipertermia maligna causa acidosi, non alcalosi. Le **convulsioni** non sono un segno caratteristico.

**109** **L'ASA (Classificazione del rischio anestesiologico) di un paziente di 45 anni con anamnesi patologica remota negativa, da sottoporre ad intervento chirurgico in emergenza per rottura di aneurisma dell'aorta addominale è:**

A ASA VI
B ASA II
C ASA III
D ASA IV
E **ASA V**

**Risposta giusta: E**

La classificazione dipende dalla gravità clinica immediata più che dall'anamnesi remota. La rottura dell'aneurisma dell'aorta addominale determina un **rischio vitale immediato**. Il soggetto è considerato **moribondo** e sopravviverà solo grazie a un **intervento urgente**. La categoria corretta è **ASA V**.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) ASA VI**: Riserva alla morte cerebrale mantenuta artificialmente per il prelievo d'organi. Il quadro clinico descritto riguarda uno shock emorragico acuto in fase terminale.
- **B) ASA II**: Si attribuisce a pazienti con patologie lievi o senza limitazioni funzionali significative. Un trauma vascolare acuto supera ampiamente questo livello.
- **C) ASA III**: Indica una malattia sistemica severa ma priva di minaccia vitale imminente. In questo caso la condizione richiede un'intervento urgente per evitare il decesso.
- **D) ASA IV**: Definisce una patologia sistemica grave che minaccia costantemente la vita. La situazione attuale presenta un pericolo più improvviso e drammatico, giustificando un passaggio alla categoria superiore.

**110** **Un paziente di 70 anni, operato di colecistectomia in Anestesia Generale, viene trasferito in Recovery Room. Il trasferimento in Degenza Ordinaria è indicato quando in due valutazioni successive il punteggio minimo dell'Aldrete Score (in assenza di 0 per le singole voci) è:**

A 4
B **8**
C 3
D 5
E 6

**Risposta giusta: B**

L'Aldrete Score valuta il recupero postanestesiologico monitorando attività motoria, respirazione, stabilità emodinamica, coscienza e saturazione. Il trasferimento in degenza è indicato quando si supera la soglia 8 in due misurazioni consecutive, escludendo qualsiasi parametro azzerato.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) 4**: Il valore 4 riflette ancora instabilità clinica, spesso dovuta a sedazione residua o depressione ventilatoria che impediscono la dimissione sicura.
- **C) 3**: Il punteggio 3 indica un recupero gravemente compromesso, richiedendo osservazione continua per rischio di arresto respiratorio o collasso circolatorio.
- **D) 5**: Con un punteggio 5 i parametri vitali non sono completamente stabilizzati; persistono segni di subnormale risposta agli stimoli che giustificano solo il mantenimento nella recovery room.
- **E) 6**: La valutazione 6 rappresenta un avanzamento incompleto; potrebbero permanere lievi deficit motori o cognitivo-respiratori incompatibili con il ricovero ordinario senza supervisione anestesiologica.

**111** **Entra in Pronto Soccorso una signora di anni 45, accompagnata dal marito, per l'insorgenza di una forte cefalea associata a stato soporoso e 2 episodi di vomito. In anamnesi patologica remota: ipercolesterolemia, abitudine tabagica, ipertensione arteriosa in terapia. All'ingresso in Pronto Soccorso: GCS 11 PA 175/95 mmHg, FC 72 bpm SpO2 97% in aria ambiente TC 36.9°C Visto il quadro clinico, quale ritieni sia la procedura diagnostica da eseguire in prima istanza tra le seguenti?**

- **A** **TC encefalo**
- **B** Elettroencefalogramma
- **C** RM encefalo
- **D** Emocolture
- **E** Radiografia del cranio

**Risposta giusta: A**

Il quadro clinico richiede un'esclusione immediata di cause intracraniche acute. La **TC encefalo** è prioritaria grazie alla sua **rapidità** e alla elevata sensibilità nel rilevare un'**emorragia** in fase precoce. Questo esame permette di valutare rapidamente sanguinamenti, edema o masse che giustificano i sintomi neurologici e l'ipertensione associata.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **B) Elettroencefalogramma**: L'elettroencefalogramma non è indicato come indagine iniziale. Viene utilizzato soprattutto per sospettare crisi epilettiche o stati epilettici non convulsivi, ma non risponde alle esigenze diagnostiche immediate di fronte a cefalea severa, vomito e riduzione dello stato di coscienza.
- **C) RM encefalo**: La risonanza magnetica è un esame molto valido ma non costituisce la prima scelta in pronto soccorso durante un'eventualità acuta. Risulta più lenta, meno immediata e meno pratica rispetto alla TC per escludere rapidamente un'emorragia intracranica.
- **D) Emocolture**: Le emocolture servono quando si sospetta un'infezione sistemica o un'endocardite, ma qui il quadro è primariamente neurologico e impone un imaging urgente per escludere patologie cerebrali acute.
- **E) Radiografia del cranio**: La radiografia del cranio presenta un'utilità diagnostica estremamente limitata in questo scenario. Non consente di visualizzare i tessuti molli né il parenchima cerebrale, risultando quindi inadeguata per investigare le cause acute di cefalea associate a alterazioni della vigilia.

**112** **Un paziente forte fumatore di 68 anni sviluppa acutamente dolore all'arto inferiore destro con deficit sensitivo-motorio in prima giornata postoperatoria dopo intervento di stabilizzazione mediante vite-placca per frattura di femore destro. L'arto interessato appare freddo e pallido; il polso popliteo è iposfigmico, il polso pedidio è assente. Quale dei seguenti accertamenti è indicato in prima istanza?**

A Esami ematici di controllo

**B Ecodoppler AAII (arti inferiori)**

C AngioTC addominale

D Nessun esame, si somministrano FANS in attesa della remissione dei sintomi

E Rx rachide

**Risposta giusta: B**

Il quadro clinico con dolore improvviso, arto freddo e pallido, deficit sensitivo-motorio e polsi distali assenti suggerisce un'**ischemia acuta**. L'accertamento di prima istanza è l'**ecodoppler** degli arti inferiori, esame rapido e non invasivo che valuta direttamente il flusso sanguigno e identifica l'eventuale occlusione. Questa presentazione richiede un approccio immediato verso un'**emergenza vascolare**, non una gestione conservativa.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Esami ematici di controllo**: Gli esami ematici di controllo hanno utilità nel percorso postoperatorio ordinario ma non risolvono l'urgenza emodinamica. Non forniscono informazioni dirette sulla pervietà arteriosa compromessa.
- **C) AngioTC addominale**: La tomografia computerizzata con mezzo di contrasto addominale non è lo screening iniziale appropriato. Sebbene utile in fase pianificatoria, deve seguire sempre la conferma ecografica preliminare sull'arto sintomatico.
- **D) Nessun esame, si somministrano FANS in attesa della remissione dei sintomi**: Somministrare antinfiammatori senza accertamenti è controindicato perché il sintomo origina da un'alterata perfusione tissutale. Posticipare la diagnosi aumenta esponenzialmente il rischio di danno ischemico irreversibile.
- **E) Rx rachide**: La radiografia della colonna vertebrale non spiega un arto pallido e freddo con polsi periferici ridotti. Il sospetto diagnostico è puramente circolatorio e non vertebrato o neurologico.

**113** **Un signore di 56 anni viene ricoverato in Terapia Intensiva in seguito a crisi comiziale con perdita di coscienza. In anamnesi patologica remota: resezione di meningioma temporale destro in follow up (ultimo controllo 3 mesi prima), terapia con litio per sindrome bipolare insorta dopo chirurgia. In quinta giornata di degenza il paziente è vigile, orientato, non ha deficit di sensibilità-motilità degli arti, GCS 15 ma riferisce polidipsia, con poliuria (diuresi 2,5 ml/Kg/h) con urine limpide, osmolarità urinaria <150 mOsm/L, sodiemia 153 mEq/L e potassiemia 3 mEq/L Litiemia 1,4 mmol/L (vn 0,4-0,8 mmol/L) Quale tra le seguenti è l'ipotesi più probabile?**

A Poliuria da sovraccarico idrosalino

B **Diabete insipido nefrogenico**

C Diabete ipofisario

D Chetoacidosi diabetica

E Shock settico

**Risposta giusta: B**

Il quadro clinico indica una perdita di **acqua libera** caratterizzata da poliuria e urine diluite (osmolarità $< 150\ \mathrm{mOsm/L}$) accompagnate da ipernatriemia ($153\ \mathrm{mEq/L}$). La **terapia con litio** determina una **resistenza renale** all'ormone antidiuretico, riducendo il riassorbimento tubulare nonostante gli elevati livelli sierici di ADH.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Poliuria da sovraccarico idrosalino**: Un sovraccarico idrosalino potrebbe incrementare la diuresi ma non giustificherebbe la forte diluizione urinaria in presenza di ipernatriemia. Qui il meccanismo predominante è la perdita attiva di acqua, non un eccesso passivo di liquidi.
- **C) Diabete ipofisario**: Il diabete insipido ipofisario è causato da un deficit di produzione ipofisaria di ADH. Sebbene il quadro sintomatologico sia sovrapponibile, la somministrazione di litio rende statisticamente e fisiologicamente più probabile il coinvolgimento periferico dei recettori renali.
- **D) Chetoacidosi diabetica**: Questa diagnosi richiederebbe evidenze metaboliche assenti nel referto, ovvero iperglicemia significativa, chetonuria e alterazioni del pH arterioso. Una semplice poliuria in assenza di questi parametri non supporta il sospetto.
- **E) Shock settico**: Lo shock settico comporta ipotensione persistente, tachicardia e segni di microcircolo compromesso. L'assenza di instabilità emodinamica, unita alla polidipsia e alla diuresi abbondante, esclude questa possibilità.

**114** **In Pronto Soccorso viene valutata una paziente di anni 21, soporosa e scarsamente responsiva. PA 82/44 mmHg, FC 110 bpm, FR 43 atti/min, GCS 10. La madre riferisce che da alcuni giorni la figlia, in terapia insulinica per diabete mellito di tipo I, beveva acqua più frequentemente del solito e lamentava gastralgia e nausea. Gli esami di laboratorio mostrano: Glicemia 520 mg/dL; EGA: pH 7,02 PaO2 85 mmHg, PaCO2 28 mmHg, HCO3- 12 mmol/L, sodiemia 150 mEq/L, potassiemia 5, mEq/L, cloremia 110 mEq/L . Esame urine: Chetonuria, glicosuria. Qual è il principale sospetto clinico?**

A Gastroenterite con squilibrio idroelettrolitico

B Shock settico

C **Chetoacidosi diabetica**

D Coma da assunzione di narcotici

E Insufficienza renale acuta

**Risposta giusta: C**

La paziente presenta i criteri diagnostici specifici per la chetoacidosi diabetica. Il reperto evidenzia iperglicemia marcata ($520\ \mathrm{mg/dL}$), chetonuria e acidosi metabolica ($\mathrm{pH}\ 7{,}02$, $\mathrm{HCO_3^-}\ 12\ \mathrm{mmol/L}$). La riduzione della pressione parziale di anidride carbonica ($PaCO_2\ 28\ \mathrm{mmHg}$) conferma un compenso respiratorio attivo. I sintomi gastrointestinali e il rallentamento psicomotorio integrano il quadro di scompenso.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Gastroenterite con squilibrio idroelettrolitico**: Le infiammazioni intestinali provocano disidratazione e squilibri salini ma non generano un deficit insulinico grave. Manca qualsiasi elemento che colleghi la sintomatologia primaria al metabolismo glucidico alterato.
- **B) Shock settico**: Il quadro circolatorio crollante associato a infezioni richiede parametri emodinamici compatibili e segni infiammatori oggettivi. L'assenza di focale settica e la specifica alterazione acido-base escludono questa ipotesi come causa primaria.
- **D) Coma da assunzione di narcotici**: I narcotici inducono depressione respiratoria con ritenzione di anidride carbonica e miosi pupillare. Questo meccanismo patologico non giustifica l'iperglicemia importante né la contemporanea presenza di corpi chetonici urinari.
- **E) Insufficienza renale acuta**: Il danno renale acuto comporta variazioni ematologiche ma non domina il quadro clinico descritto. La combinazione di zuccheri elevati e corpi chetonici indirizza prioritariamente verso una etiologia metabolica endocrina.

**115** **Una donna di 42 anni si lamenta con il proprio medico curante per la comparsa di disturbi a livello cardiaco percepiti come irregolarità della frequenza cardiaca. Alla donna è stata recentemente diagnosticata una malattia da reflusso gastroesofageo, per la quale ha iniziato un trattamento farmacologico da due settimane. Gli esami di laboratorio mostrano un aumento dei livelli di prolattina; l'elettrocardiogramma mostra un prolungamento dell'intervallo QT con battiti ectopici. Quale dei seguenti farmaci è più probabile abbia causato la sintomatologia del soggetto?**

A Omeprazolo
B Sucralfato
C **Domperidone**
D Idrossido di alluminio
E Ranitidina

**Risposta giusta: C**

La paziente manifesta **iperprolattinemia** e **prolungamento QT** dopo l'inizio di una terapia per il reflusso gastroesofageo. Il farmaco responsabile è un bloccante dei **recettori D2** utilizzato come procinetico e antiemetico. L'antagonismo dopaminergico rimuove l'inibizione fisiologica sulla secrezione di prolattina, causandone l'aumento nei dosaggi sierici. La stessa interferenza con la ripolarizzazione cardiaca favorisce le alterazioni del ritmo e i battiti ectopici registrati dall'elettrocardiogramma.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Omeprazolo**: L'omeprazolo è un inibitore di pompa protonica indicato per la cura del reflusso esofageo. Non agisce sui pathway dopaminergici e non modifica la conduzione elettrica miocardica.
- **B) Sucralfato**: Il sucralfato aderisce alla superficie delle lesioni formando uno strato citoprotettivo. La sua azione rimane confinata alla sede di trattamento senza incidere sul controllo ormonale o sulla frequenza cardiaca.
- **D) Idrossido di alluminio**: L'idrossido di alluminio funziona come antiacido per la neutralizzazione diretta dello stomaco. Non possiede un profilo tossicologico compatibile con l'aumento di prolattina o il prolungamento dell'intervallo QT.
- **E) Ranitidina**: La ranitidina è un antagonista H2 impiegato per diminuire la produzione di acido cloridrico gastrico. Il suo meccanismo d'azione non prevede effetti sugli ormoni ipofisari né sulla stabilità del tracciato elettrocardiografico.

**116** **Un uomo di 52 anni con artrite reumatoide in trattamento con prednisone 20 mg/die da 6 mesi, inizia una terapia con infliximab a causa di una risposta non ottimale a methotrexate. Dopo circa 3 mesi, i benefici di infliximab sono evidenti e il medico decide di interrompere la terapia con prednisone. Quale dei seguenti accorgimenti è richiesto nella gestione della terapia farmacologica?**

A Associare un farmaco antinfiammatorio non steroideo come alternativa a prednisone

B Effettuare una rapida riduzione del dosaggio di prednisone per evitare la comparsa di osteoporosi

**C Effettuare una graduale riduzione del dosaggio di prednisone per evitare una insufficienza surrenalica acuta**

D Effettuare una graduale riduzione del dosaggio di prednisone per evitare la sindrome da astinenza

E Aumentare la dose di infliximab

**Risposta giusta: C**

Dopo sei mesi di prednisone a dosi medio-alte l'asse ipotalamo-ipofisi-surreale va incontro a **soppressione dell'asse HPA**. Una sospensione brusca impedirebbe ai surreni di riassumere rapidamente la produzione endogena di cortisolo. È quindi necessario uno **scalaggio progressivo** per prevenire un'**insufficienza surrenalica acuta**.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Associare un farmaco antinfiammatorio non steroideo come alternativa a prednisone**: Questa associazione non è appropriata nella fase di mantenimento. I **FANS** hanno un supporto sintomatico limitato e non equivalgono alla potenza antinfiammatoria del prednisone. Non affrontano il problema della sospensione steroidea.
- **B) Effettuare una rapida riduzione del dosaggio di prednisone per evitare la comparsa di osteoporosi**: La rapidità di riduzione è errata perché precipiterebbe il quadro clinico. L'osteoporosi rappresenta un effetto avverso cronico dei corticosteroidi e non può giustificare un'interruzione improvvisa che va comunque evitata.
- **D) Effettuare una graduale riduzione del dosaggio di prednisone per evitare la sindrome da astinenza**: Il metodo di riduzione graduale è corretto, ma il motivo indicato è impreciso. Con i glucocorticoidi il rischio principale è la ritardata riattivazione surrenalica e non una generica sindrome da astinenza.
- **E) Aumentare la dose di infliximab**: L'incremento posologico non è necessario se il biologico garantisce già risposta ottimale. L'obiettivo terapeutico rimane la riduzione sicura dello steroide senza modificare il regime biologico consolidato.

**117** **Un uomo di 76 anni accede in Pronto Soccorso a seguito di una caduta domestica. La moglie descrive la caduta come probabile conseguenza di una improvvisa perdita di equilibrio. L'uomo è affetto da ipercolesterolemia e lamenta insonnia e ansia. Quale dei seguenti farmaci assunti dal paziente ha contribuito con maggiore probabilità alla caduta?**

A Statine
B Melatonina
C **Diazepam**
D Omega3
E Acido acetilsalicilico

**Risposta giusta: C**

Il diazepam appartiene alla classe delle **benzodiazepine**, farmaci strettamente correlati alle cadute negli **anziani**. Generano **sedazione**, rallentamento psicomotorio e **instabilità posturale**. La prolungata emivita favorisce l'accumulo plasmatico, aggravando il rischio durante i cicli terapeutici per insonnia o ansia.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Statine**: In alcuni pazienti induce mialgie o astenia muscolare, tuttavia non figura tra i farmaci classici che precipitano cadute per effetto sedativo o compromissione dell'assetto posturale.
- **B) Melatonina**: Presenta un profilo di sicurezza nettamente superiore e sebbene possa lasciare residui di sonnolenza, il pericolo di squilibrio rămagne decisamente inferiore rispetto alle psicofarmaci.
- **D) Omega3**: Costituiscono integratori utilizzati per modulare il colesterolemia e supportare la salute cardiovascolare, privi di attività depressiva o destabilizzante sul controllo motorio.
- **E) Acido acetilsalicilico**: Può aumentare il rischio di sanguinamento in seguito a un trauma, ma non agisce sul sistema nervoso centrale causando improvvisa perdita di equilibrio.

---

**118** **Una coppia ha avuto un figlio affetto da fibrosi cistica; qual è il rischio di avere in una successiva gravidanza un altro figlio affetto dalla stessa malattia?**

A 50%
B Dipende dal sesso
C **25%**
D <1%
E 100%

**Risposta giusta: C**

La fibrosi cistica è una malattia **autosomica recessiva**. Quando entrambi i genitori sono **portatori** sani della mutazione, il rischio di trasmissione si valuta in modo **indipendente** a ogni nuova gravidanza. Il quadrato di Punnett per una coppia eterozigote prevede tre esiti fenotipici: un quarto di nati sani non portatori, metà portatori clinicamente integri e un quarto di figli **affetti**. La probabilità di avere un altro bambino malato risulta quindi costante al **25%**.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) 50%**:
- **B) Dipende dal sesso**:
- **D) <1%**:
- **E) 100%**:

**119** **Il tasso grezzo di mortalità in Italia è di circa 100/100.000, mentre in Algeria è inferiore a 50/100.000. La spiegazione di tale differenza è:**

A Il tasso di mortalità in Algeria è minore a causa dell'effetto emigrazione

B La mortalità infantile nel primo anno di vita è maggiore in Algeria, ma non è inclusa nel tasso grezzo di mortalità

C **Il tasso grezzo di mortalità in Italia è maggiore in conseguenza della diversa distribuzione per classi di età nella popolazione**

D Il sistema sanitario in Algeria è migliore di quello italiano

E La mortalità è più elevata in Italia perché la popolazione è maggiore

**Risposta giusta: C**

La risposta corretta è la A. Il tasso grezzo di mortalità non corregge la **struttura demografica** e risente direttamente dell'**età mediana**. In Italia la popolazione è più anziana rispetto all'Algeria, il che genera automaticamente un numero maggiore di decessi ogni centomila abitanti senza implicare un sistema sanitario peggiore.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Il tasso di mortalità in Algeria è minore a causa dell'effetto emigrazione**: Eventuali flussi migratori incidono sul computo demografico ma non costituiscono la causa primaria della discrepanza. La differenza tra i valori registrati dipende dalla piramide anagrafica, non dai movimenti di popolazione verso altri Paesi.
- **B) La mortalità infantile nel primo anno di vita è maggiore in Algeria, ma non è inclusa nel tasso grezzo di mortalità**: Tale affermazione contrasta con la definizione matematica dell'indicatore, poiché somma tutti gli eventi letali verificatisi nell'anno. I decessi infantili concorrono quindi pienamente sia al numeratore sia al denominatore del calcolo.
- **D) Il sistema sanitario in Algeria è migliore di quello italiano**: I dati statistici forniti non permettono di trarre conclusioni sull'efficienza delle cure mediche. Il tasso grezzo non misura la qualità strutturale dei servizi sanitari e il fattore determinante resta esclusivamente l'età media degli abitanti.
- **E) La mortalità è più elevata in Italia perché la popolazione è maggiore**: Il volume assoluto degli abitanti non determina l'intensità del fenomeno misurato. Il tasso si basa su un rapporto normalizzato che confronta i decessi con la dimensione complessiva del bacino, escludendo effetti puramente dimensionali.

**120** **La tabella sottostante espone i risultati di uno studio caso-controllo. Quale tra i seguenti è il calcolo corretto per quantificare l'associazione tra la malattia e il fattore di rischio?**

A Rischio Relativo: (150/400) / (250/100)

B Rischio Relativo: (150*250) / (100*400)

C Rischio Attribuibile: (250-100) / 900

**D Odds Ratio: (250*400) / (150*100)**

E Odds Ratio: (150*400) / (250*100)

**Risposta giusta: D**

Nei **studi caso-controllo** non si calcola il rischio relativo poiché i soggetti vengono selezionati in base alla presenza della patologia e non seguiti prospetticamente. La misura indicata è l'**odds ratio**, ottenuto dal **prodotto incrociato** della tabella $2 \times 2$: $\frac{250 \cdot 400}{150 \cdot 100}$.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Rischio Relativo: (150/400) / (250/100)**: Il rapporto $\frac{150}{400} : \frac{250}{100}$ tenta di usare proporzioni come se fossero tassi di incidenza, ignorando che il campionamento fissato dai ricercatori annulla il denominatore a rischio noto.
- **B) Rischio Relativo: (150*250) / (100*400)**: Il valore $\frac{150 \cdot 250}{100 \cdot 400}$ non ha senso epidemiologico; il rischio relativo necessita di due incidenze confrontabili e non di un prodotto incrociato sui numeri grezzi.
- **C) Rischio Attribuibile: (250-100) / 900**: Il calcolo $\frac{250 - 100}{900}$ descrive il rischio attribuibile, una misura di impatto che stima l'eccesso di incidenza dovuto all'esposizione e non l'associazione statistica richiesta.
- **E) Odds Ratio: (150*400) / (250*100)**: L'indice scelto è corretto ma la formula $\frac{150 \cdot 400}{250 \cdot 100}$ inverte i termini del prodotto incrociato, restituendo un odds reciproco diverso dai dati attesi.

**121** **Quale delle seguenti affermazioni sui vaccini è ERRATA?**

A Per quanto siano eventi rari, i vaccini possono causare reazioni avverse anche gravi

B L'efficacia e la sicurezza di tutti i vaccini devono essere monitorate

C **La protezione garantita dalla maggioranza dei vaccini è inferiore a un anno**

D Non tutti i vaccini consentono di ottenere l'immunità di gregge

E Alcuni vaccini hanno un'efficacia di poco superiore al 50%-60%

**Risposta giusta: C**

La **protezione** offerta dalla maggior parte dei vaccini si protraisce per **anni** o decenni, non resta inferiore a dodici mesi. Spesso bastano **richiami** occasionali per mantenere i titoli anticorpali protettivi. Questa caratteristica riflette la memoria immunologica duratura indotta dal sistema.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Per quanto siano eventi rari, i vaccini possono causare reazioni avverse anche gravi**: I vaccini hanno un profilo di sicurezza rigoroso ma come qualsiasi intervento medico presentano possibili effetti indesiderati. Reazioni avverse gravi si verificano con frequenza rara e vengono registrate nei sistemi di sorveglianza. La loro esistenza non compromette il rapporto beneficio-rischio positivo.
- **B) L'efficacia e la sicurezza di tutti i vaccini devono essere monitorate**: Il monitoraggio è obbligatorio prima dell'immissione in commercio e prosegue dopo la commercializzazione. Consente di valutare sicurezza ed efficacia nella popolazione reale durante l'uso esteso. Qualsiasi variazione nel profilo immunologico viene tempestivamente integrata nei documenti ufficiali.
- **D) Non tutti i vaccini consentono di ottenere l'immunità di gregge**: L'immunità di gregge richiede contemporaneamente un'elevata efficacia vaccinale e un'alta quota di popolazione coperta. Non tutti i preparati inducono una protezione così marcata da bloccare completamente la catena di trasmissione. Molti si limitano a prevenire le forme sintomatiche nell'individuo vaccinato.
- **E) Alcuni vaccini hanno un'efficacia di poco superiore al 50%-60%**: L'efficacia non è uniforme e cambia in base al patogeno e alla tecnologia impiegata. Alcuni vaccini raggiungono valori protettivi leggermente superiori al 50-60% in condizioni specifiche. Queste cifre derivano da trial clinici e studi osservazionali condotti su fasce demografiche particolari.

**122** **Relativamente ai programmi di screening oncologici, quale delle seguenti affermazioni è ERRATA?**

A Il piano di screening per il tumore della prostata non è attivato in Italia per il documentato eccesso di sovradiagnosi

B Il rapporto costo-efficacia dello screening mammografico è in discussione da anni nella comunità scientifica internazionale

C Gli screening del tumore della cervice uterina e del cancro del colon si sono dimostrati efficaci e costo-efficaci

D Il valore predittivo positivo di un test diagnostico è influenzato dalla prevalenza della condizione ricercata

**E** **In Italia lo screening mammografico è obbligatorio per le donne di età superiore ai 50 anni**

**Risposta giusta: E**

Lo screening mammografico in Italia è un programma organizzato dal Servizio Sanitario Nazionale ma rimane **strettamente volontario**. Non esiste alcun obbligo legale per le donne sopra i cinquanta anni. L'adesione dipende dalla singola paziente e le fasce d'età invitate possono variare leggermente tra le diverse Regioni.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Il piano di screening per il tumore della prostata non è attivato in Italia per il documentato eccesso di sovradiagnosi**: Il carcinoma prostatico non beneficia di campagne sistematiche di rilevazione nel nostro Paese. L'utilizzo del marker PSA senza criteri rigorosi comporta tassi elevati di diagnosi di tumori a lenta progressione. Ciò determina interventi terapeutici inutili con effetti collaterali documentati.
- **B) Il rapporto costo-efficacia dello screening mammografico è in discussione da anni nella comunità scientifica internazionale**: Il bilancio tra benefici clinici e possibili danni dello screening al seno viene continuamente rivalutato. Gli studi internazionali evidenziano il compromesso tra riduzione della mortalità e rischi legati ai **falsi positivi**. Viene inoltre valutata attentamente l'impatto della sovradiagnosi e dei trattamenti eccessivamente invasivi per alcune categorie di pazienti.
- **C) Gli screening del tumore della cervice uterina e del cancro del colon si sono dimostrati efficaci e costo-efficaci**: Questi programmi di prevenzione sono ampiamente validati. Hanno dimostrato riduzioni significative dell'incidenza e della mortalità per entrambi i tumori. Il rapporto tra i costi sostenuti per l'attivazione dei percorsi diagnostici e i benefici sanitari ottenuti risulta favorevole.
- **D) Il valore predittivo positivo di un test diagnostico è influenzato dalla prevalenza della condizione ricercata**: La probabilità che un risultato positivo corrisponda effettivamente alla malattia dipende direttamente dalla sua **diffusione nella popolazione** testata. In contesti ad alta prevalenza aumentano anche i valori predittivi positivi. Al contrario nelle popolazioni a basso rischio crescono proporzionalmente i risultati erroneamente positivi.

**123** **Cosa studia l'ergonomia?**

A Studia l'esposizione ad agenti fisici
B Studia l'esposizione al rischio di infortunio
**C Studia l'interazione tra lavoratore, macchina e ambiente**
D Nessuna delle altre risposte è corretta
E Studia la personalità dell'individuo

**Risposta giusta: C**

L'**ergonomia** adatta il lavoro alle capacità umane attraverso lo studio del rapporto tra **persona**, **macchina** e **ambiente**. Questo obiettivo rende l'attività più sicura e meno faticosa, riducendo errori e stress.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Studia l'esposizione ad agenti fisici**: Fa riferimento alla prevenzione specifica per agenti come rumore o vibrazioni, che costituiscono solo una parte del rischio lavorativo e non definiscono l'ergonomia in senso stretto.
- **B) Studia l'esposizione al rischio di infortunio**: Riguarda la valutazione generale dei rischi e la sicurezza sul lavoro, senza concentrarsi specificamente sull'adattamento uomo-sistema.
- **D) Nessuna delle altre risposte è corretta**: È errata poiché l'opzione C descrive correttamente e in modo completo il campo di studio dell'ergonomia, rendendo superflua questa chiusura.
- **E) Studia la personalità dell'individuo**: Appartiene al campo della psicologia; l'ergonomia valuta la persona nel contesto operativo ma non ne analizza la personalità come oggetto principale.

---

**124** **Le attività preventive in relazione all'esposizione lavorativa a sostanze chimiche si basano su:**

A Solo sorveglianza sanitaria e monitoraggio biologico
**B Monitoraggio ambientale, sorveglianza sanitaria e (se indicato) monitoraggio biologico**
C Solo monitoraggio biologico
D Solo monitoraggio ambientale
E Solo monitoraggio ambientale e biologico

**Risposta giusta: B**

Le attività preventive contro l'esposizione a sostanze chimiche richiedono un approccio integrato. Il **monitoraggio ambientale** valuta la concentrazione degli agenti chimici sul luogo di lavoro. La **sorveglianza sanitaria** controlla gli effetti sulla salute del lavoratore. Si integra con il **monitoraggio biologico** solo quando è indicato, misurando sostanze o metaboliti nell'organismo.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Solo sorveglianza sanitaria e monitoraggio biologico**: Unire sorveglianza sanitaria e monitoraggio biologico trascurerebbe il monitoraggio ambientale. È necessario per identificare, controllare e ridurre alla fonte la presenza delle sostanze chimiche nell'ambiente di lavoro.
- **C) Solo monitoraggio biologico**: Il monitoraggio biologico misura la presenza di sostanze o metaboliti nell'organismo ed è utile solo in casi specifici. Non sostituisce né il controllo ambientale né la valutazione clinica.
- **D) Solo monitoraggio ambientale**: Il solo monitoraggio ambientale rileva gli agenti nell'ambiente, ma non fornisce informazioni sullo stato di salute del lavoratore né sugli effetti fisiologici dell'esposizione.
- **E) Solo monitoraggio ambientale e biologico**: L'abbinamento tra monitoraggio ambientale e biologico risulta incompleto perché omette la sorveglianza sanitaria. Manca quindi la componente essenziale per valutare direttamente gli effetti sulla persona esposta.

**125** **In una bambina di 10 anni i genitori hanno notato una salienza dorsale e portano in visione, alla visita fisiatrica, una radiografia del rachide in toto eseguita sotto carico. La radiografia evidenzia scoliosi dorsale destro-convessa di circa 30° Cobb con importante componente rotatoria e Risser 0. La bambina non ha ancora avuto il menarca. Quale dei seguenti trattamenti è opportuno eseguire in prima istanza?**

- **A** **Busto ortopedico**
- **B** Rieducazione posturale globale
- **C** Idrochinesiterapia
- **D** Intervento chirurgico
- **E** Rivalutazione a distanza

**Risposta giusta: A**

Una paziente di 10 anni con scoliosi idiopatica, angolo di Cobb intorno ai 30° e **Risser 0** presenta un alto rischio di **progressione** perché la crescita scheletrica non è ancora conclusa. L'assenza di menarca conferma una significativa maturità ossea residua. La prima scelta terapeutica è l'applicazione di un **corsetto** ortopedico per contenere l'evoluzione della deformità durante la fase di sviluppo rapido.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **B) Rieducazione posturale globale**: La rieducazione posturale può offrire un supporto complementare ma da sola non controlla il rischio evolutivo di una scoliosi già strutturata di 30° in una bambina scheleticamente immatura. Non sostituisce la stabilizzazione meccanica fornita dal busto.
- **C) Idrochinesiterapia**: L'idrokinesiterapia risulta utile come attività accessoria per il benessere generale e il tono muscolare, ma non ha efficacia dimostrata nel bloccare la progressione delle curvature in fase di intensa crescita. Rimane un'integrazione e non il trattamento primario.
- **D) Intervento chirurgico**: L'opzione chirurgica è riservata a deformità molto più gravi o quando il trattamento conservativo fallisce e la curvatura continua ad aggravarsi nonostante il corretto utilizzo del busto. Non si impiega mai come terapia iniziale in questi contesti clinici.
- **E) Rivalutazione a distanza**: L'osservazione semplice non è indicata come prima istanza quando sono presenti fattori di rischio elevati per il peggioramento della curva. Si riserva generalmente a curvature più lievi o a pazienti con scarse potenzialità di crescita residua.

**126** **Una paziente di 42 anni, podista amatoriale, viene a visita perché da qualche mese lamenta dolore inguinale irradiato all'interno della coscia dx con sensazione di scatto durante la corsa. Quali dei seguenti esami NON è opportuno eseguire in prima istanza?**

A Ecografia muscolo-tendinea

B **Ecodoppler arti inferiori**

C Rx bacino con proiezioni specifiche

D RM bacino e anche

E TC bacino e anche

**Risposta giusta: B**

Il quadro clinico orienta verso un'origine **patologia muscolo-scheletrica** dell'anca, privilegiando esami iniziali su osso e tessuti molli. L'ecodoppler valuta il flusso **vascolare** e resta riservato a sospetti emodinamici, non coerenti con i sintomi descritti.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Ecografia muscolo-tendinea**: L'ecografia muscolo-tendinea è ragionevole per esplorare tendini, borse e **strutture superficiali**, trova indicazione nello sportivo con scatto ma può richiedere approfondimenti complementari.
- **C) Rx bacino con proiezioni specifiche**: La radiografia è appropriata in prima istanza per rilevare **alterazioni ossee**, conflitto femoro-acetabolare, displasia o segni indiretti di problematiche articolari.
- **D) RM bacino e anche**: La risonanza magnetica offre la massima informatività su cartilagine, labbro acetabolare e muscoli, imponendosi come esame di secondo livello ideale quando il **sospetto clinico** persiste.
- **E) TC bacino e anche**: La tomografia computerizzata è utile in casi selezionati per analizzare meglio la **componente ossea**, assumendo un ruolo più mirato rispetto agli standard diagnostici iniziali.

**127** **Si presenta al Pronto Soccorso una donna maggiorenne che riferisce di aver subito violenza sessuale da parte di uno sconosciuto. Non vengono rilevati altri segni di lesioni né stato di alterazione da sostanze. I sanitari devono redigere la denuncia all'Autorità Giudiziaria?**

A Sì, perché si tratta di un grave reato contro la persona

B No, perché la violenza sessuale è in ogni caso perseguibile a querela della persona offesa

C Sì, perché si tratta di aggressore sconosciuto

D No, perché la denuncia spetta solo alle forze di Polizia

**E** **No, perché la violenza sessuale non aggravata, come nel caso in esame, è perseguibile a querela della persona offesa**

**Risposta giusta: E**

La violenza sessuale non aggravata segue una precisa regola di **procedibilità** penale. Senza circostanze eccezionali, l'azione giudiziaria richiede la **querela** formale della vittima. I sanitari devono garantire assistenza e documentazione clinica, ma non scatta alcun obbligo automatico di **denuncia** all'Autorità Giudiziaria. Solo la presenza di **aggravanti** modificherebbe questo quadro normativo.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Sì, perché si tratta di un grave reato contro la persona**: La gravità oggettiva del fatto non determina da sola la modalità di azione penale. La legge distingue le fattispecie in base a requisiti normativi e non al semplice giudizio di pericolosità sociale.
- **B) No, perché la violenza sessuale è in ogni caso perseguibile a querela della persona offesa**: La dicitura "in ogni caso" è errata poiché esistono previsioni specifiche nella normativa penale. Il reato può mutare status diventando perseguibile d'ufficio qualora intervengano condizioni particolari.
- **C) Sì, perché si tratta di aggressore sconosciuto**: L'identità sconosciuta dell'aggressore non altera la classificazione giuridica del reato. La procedibilità rimane a querela indipendentemente dal riconoscimento dell'autore.
- **D) No, perché la denuncia spetta solo alle forze di Polizia**: Gli adempimenti previsti non sono monopolio esclusivo delle forze dell'ordine. Esistono disposizioni che impongono precisi doveri di segnalazione anche al personale sanitario operante nei contesti assistenziali.

**128** **Un cadavere è rinvenuto in un parco e il medico legale rileva, all'esame esterno, una ferita al capo di forma allungata caratterizzata da margini irregolari, contusi ed escoriati con ponti di tessuto tra un margine e l'altro, teca cranica indenne. Queste caratteristiche della ferita sono tipicamente prodotte da:**

A Un'arma da taglio monotagliente

B **Un corpo contundente**

C Un fendente

D Un'arma da fuoco

E Un'arma da punta e taglio

**Risposta giusta: B**

La ferita è prodotta da un **trauma contusivo**. I margini contusi ed escoriati indicano **compressione** tessutale contro la volta cranica. La presenza di **ponti di tessuto** residui conferma che le fibre sono state strappate anziché recise. L'integrità della teca cranica esclude penetrazioni o fratture.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Un'arma da taglio monotagliente**: La lama monotagliente crea una ferita da taglio con un bordo affilato e uno smussato. Il meccanismo non genera la **lacerazione** contusa caratterizzata da trazione estesa.
- **C) Un fendente**: Il fendente è un'arma acuta usata per tagliare i tessuti. Produce sempre soluzioni di continuo nette e definitive, escluse le irregolarità e lo strappo del **trauma contusivo**.
- **D)** Un'arma da fuoco genera orifizi d'ingresso e talvolta d'uscita con bordi e meccanismi diversi. La lesione risulta penetrante e priva delle lacerazioni lacero-contuse tipiche degli schianti.
- **E) Un'arma da punta e taglio**: Le armi da punta e taglio lasciano tracce regolari e definite nei tessuti molli. Non provocano contusione dei margini né formano ponti di tessuto trasversali.

**129** **Un bambino di 12 mesi presenta febbre alta, tosse e dispnea. Quali tra i seguenti patogeni, in prima istanza, si dovrebbero ricercare mediante un test di rilevamento degli acidi nucleici?**

A Streptococcus pneumoniae e Mycobacterium tuberculosis complex

**B** **Virus Influenza A/B, SARS-Cov-2 e Virus Respiratorio Sinciziale**

C Bordetella pertussis e Corynebacterium diphtheriae

D Virus Influenza A e Legionella pneumophila

E SARS-Cov-2 e MERS

**Risposta giusta: B**

In un lattante di 12 mesi con febbre alta, tosse e dispnea si analizzano inizialmente i **virus respiratori** più frequenti. Il **test molecolare** identifica rapidamente influenza A/B, SARS-CoV-2 e virus respiratorio sinciziale. Questi patogeni causano la maggior parte delle infezioni acute nella fascia di età pediatrica e orientano immediatamente la **gestione clinica**.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A)** Streptococcus pneumoniae e Mycobacterium tuberculosis complex richiedono metodiche colturali o biochimiche specifiche e non si dosano preferibilmente con i pannelli virali standard. La tubercolosi ha un decorso prevalentemente subacuto o cronico che richiede approfondimenti anamnestici ed epidemiologici distinti.
- **C)** Bordetella pertussis e Corynebacterium diphtheriae meritano ricerca prioritaria solo alla comparsa di sintomi caratteristici come attacchi parossistici o pseudomembrane faringee. Nel quadro generico febbrile infantile la causa virale comune prevale statisticamente e logisticamente.
- **D) Virus Influenza A e Legionella pneumophila**: Legionella pneumophila è infrequente nel primo anno di vita rispetto ai patogeni respiratori altamente circolanti. Escludere gli altri virus dal pannello iniziale ridurrebbe la sensibilità diagnostica.
- **E) SARS-Cov-2 e MERS**: MERS non compare nei listini diagnostici routinari pediatrici per la sua bassissima incidenza territoriale. Il focus terapeutico e profilattico rimane sui germi con maggiore trasmissione comunitaria.

**130** **Quale di queste indagini può essere utilizzata per la diagnosi di infezione tubercolare latente?**

A Coltura dell'espettorato su terreno di Lowenstein-Jensen

B PCR per Mycobacterium tuberculosis su aspirato bronchiale

C Reazione di Widal-Wright

D **Test IGRA (INF-gamma release assay)**

E Ricerca del galattomannano su lavaggio bronco-alveolare

**Risposta giusta: D**

L'infezione tubercolare latente non presenta una malattia attiva né un rilascio di micobatteri. Si utilizza quindi un **test immunologico** per dimostrare il contatto precedente con il patogeno. Il test IGRA rileva la produzione di **interferone-gamma** da parte dei linfociti T dopo stimolazione con antigeni mycobatterici, confermando la latenza senza cercare il germe direttamente.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Coltura dell'espettorato su terreno di Lowenstein-Jensen**: La coltura richiede la crescita del micobatterio in laboratorio ed è indicata solo quando il germe viene escreto nell'espettorato durante le **forme attive**. Nella latenza i bacilli non sono eliminati e la coltura risulterebbe inutile.
- **B) PCR per Mycobacterium tuberculosis su aspirato bronchiale**: La PCR è un esame microbiologico diretto che cerca materiale genetico batterico. Poiché nella fase latente i micobatteri sono intracellulari o quiescenti e non contaminano le vie aeree, l'aspirato bronchiale non conterrebbe quantità rilevabili.
- **C) Reazione di Widal-Wright**: La reazione di Widal-Wright è un **test sierologico** tradizionale per tifo, paratifo e brucellosi. Utilizza antigeni batterici diversi da quelli tubercolari e non fornisce informazioni sull'esposizione a *Mycobacterium tuberculosis*.
- **E) Ricerca del galattomannano su lavaggio bronco-alveolare**: Il galattomannano è un polimero presente nella parete degli Aspergillus. Il suo dosaggio sul lavaggio bronco-alveolare mira a diagnosticare un'**aspergillosi**, rendendo questa analisi completamente estranea alla valutazione della tubercolosi.

**131** **Maschio di 66 anni presenta una anemia severa (Hb 4,9 g/dL), microcitica (MCV 64,4 fL) e ipocromica (MCH 19,9 pg). L'assetto marziale evidenzia una sideremia di 17 µg/dL (valori di riferimento: 37 - 145 µg/dL) e una ferritinemia di 2 ng/mL (valori di riferimento: 15 - 200 ng/mL). Quale delle seguenti condizioni va considerata per prima?**

A Tratto talassemico
B Infiammazione acuta
C Crisi emolitica
**D Emorragia cronica di origine gastroenterica**
E Carenza di vitamina B12 e/o di acido folico

**Risposta giusta: D**

Il quadro indica una **grave anemia sideropenica**: anemia microcitica e ipocromica, sideremia bassa e ferritina molto ridotta, segno di scorte di ferro quasi esaurite. In un uomo di 66 anni bisogna cercare prima la causa della perdita di ferro, in particolare un **sanguinamento gastroenterico cronico**, anche occulto. È necessario individuarne la fonte ed escludere cause importanti, come ulcere, angiodisplasie o neoplasie.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Tratto talassemico**: Il tratto talassemico può causare anemia microcitica e rientra nella diagnosi differenziale. Tuttavia, la ferritina estremamente bassa e la sideremia ridotta indicano una vera carenza di ferro, che di solito non caratterizza il tratto talassemico.
- **B) Infiammazione acuta**: L'anemia da infiammazione può essere microcitica o normocitica, ma la ferritina è di solito normale o aumentata perché è una proteina di fase acuta. Il valore molto basso in questo caso rende questa ipotesi poco probabile.
- **C) Crisi emolitica**: Una crisi emolitica comporta segni di distruzione dei globuli rossi, spesso reticolocitosi e aumento della bilirubina indiretta e dell'LDH. Non spiega una ferritina così bassa.
- **E) Carenza di vitamina B12 e/o di acido folico**: La carenza di vitamina B12 o di acido folico causa in genere un'anemia macrocitica, con MCV aumentato, non la microcitosi osservata.

**132** **In un paziente maschio, di 69 anni, con protesi valvolare meccanica in terapia con anticoagulanti orali (warfarin), durante il monitoraggio di routine, si rileva un INR di 5,1. Come è indicato procedere?**

A Sostituire il warfarin con un farmaco trombolitico (alteplase)
B Aumentare il dosaggio del warfarin
C Sostituire il warfarin con un altro farmaco anticoagulante
**D Ridurre il dosaggio del warfarin**
E Sostituire il warfarin con un farmaco antiaggregante (acido acetilsalicilico)

**Risposta giusta: D**

Un **INR di 5,1** indica un'anticoagulazione superiore al necessario con conseguente incremento del rischio emorragico. La gestione appropriata consiste nell'applicare una **riduzione della dose** di warfarin seguita da un nuovo controllo ematico per riportare il valore nel range terapeutico. Le scelte operative integrano sempre la presenza di sintomi clinici e il target specifico previsto per la protesi valvolare.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Sostituire il warfarin con un farmaco trombolitico (alteplase)**: Utilizzare un trombolitico è fuorviante dato che tali farmaci operano sulla degradazione del fibrina in urgenze ischemiche e non regolano i fattori della coagulazione.
- **B) Aumentare il dosaggio del warfarin**: Potenziare il dosaggio aggraverebbe l'effetto farmacologico portando l'INR ancora più lontano dall'intervallo di sicurezza.
- **C) Sostituire il warfarin con un altro farmaco anticoagulante**: Il cambio di classe terapeutica non trova indicazione in questo scenario poiché il warfarin resta il farmaco di riferimento per le protesi meccaniche e il quesito riguarda solo la correzione numerica.
- **E) Sostituire il warfarin con un farmaco antiaggregante (acido acetilsalicilico)**: Sostituire con un antiaggregante piastrinico è errato in quanto l'acido acetilsalicilico non garantisce la protezione antitrombotica necessaria per una superficie valvolare artificiale.

**133** **Una donna di 73 anni giunge in Pronto Soccorso per dispnea e dolore toracico che peggiora durante la respirazione. Esegue Rx torace ed un approfondimento mediante TC torace con mdc. Qual è la diagnosi più probabile in base ai reperti mostrati negli studi di imaging?**

A Infarto miocardico acuto
**B Versamento pericardico**
C Embolia polmonare acuta
D Miocardite acuta
E Dissezione dell'aorta toracica

**Risposta giusta: B**

Il quadro clinico di dispnea e dolore toracico aggravato dall'inspirazione, combinato agli esami radiologici, orienta verso un **accumulo di liquido** nel **sacco pericardico**. La **TC con mezzo di contrasto** visualizza direttamente questa raccolta extracellulare, spiegando meccanicamente i sintomi e orientando la diagnosi rispetto ad altre cause acute.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Infarto miocardico acuto**:
- **C) Embolia polmonare acuta**:
- **D) Miocardite acuta**:
- **E) Dissezione dell'aorta toracica**:

**134** **Donna di 45 anni giunge in Pronto Soccorso per dolore toracico e dispnea. Viene eseguito uno studio angioTC con mdc del torace. L'immagine riportata mostra lo studio visualizzato con finestra per mediastino. Qual è la diagnosi più probabile fra le seguenti?**

- **A** **Embolia polmonare**
- **B** Secondarismi polmonari multipli
- **C** Sindrome della vena cava superiore
- **D** Dissezione aortica
- **E** Timoma emorragico

**Risposta giusta: A**

In presenza di dolore toracico e dispnea acuta l'angioTC con mezzo di contrasto è l'esame di riferimento per valutare i grossi vasi. La diagnosi più probabile si basa sul riconoscimento di un **difetto di riempimento** all'interno delle **arterie polmonari**, segno diretto dell'embolo. L'utilizzo della finestra mediastinica orienta correttamente verso l'analisi della circolazione vascolare polmonare.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **B) Secondarismi polmonari multipli**: I secondarismi polmonari multipli compaiono come noduli dispersi nel parenchima polmonare. Non rappresentano reperti tipici di un'indagine vascolare dedicata alla ricerca di un'occlusione acuta.
- **C) Sindrome della vena cava superiore**: La sindrome della vena cava superiore si manifesta con occlusione venosa del ritorno toracico. Si associa a edema faciale e cervicale, ma non spiega il quadro doloroso acuto né i difetti di opacizzazione descritti.
- **D) Dissezione aortica**: La dissezione aortica va sempre esclusa nel dolore toracico grazie alla visualizzazione del flap intimale. Questo reperto anatomico differisce nettamente dall'ostruzione intraluminare tipica dell'episodio clinico riportato.
- **E) Timoma emorragico**: Il timoma emorragico origina come massa nel mediastino anteriore. È una neoplasia cronica che richiede indagini diverse e non produce i segni di ostruzione improvvisa dei vasi polmonari visibili nell'esame.

**135** **Quali delle seguenti affermazioni è ERRATA?**

A La scintigrafia ossea presenta elevata sensibilità per le lesioni ossee osteoblastiche

B **Un paziente diabetico non può essere sottoposto a PET/TC con 18F-FDG**

C La PET/TC con 18F-FDG può essere impiegata nello studio delle sospette infezioni di protesi vascolari

D La PET/TC con 68Ga-DOTApeptidi (DOTATOC; DOTANOC; DOTATE) può essere impiegata nello studio delle neoplasie neuroendocrine ben differenziate

E La PET/TC con 18F-DOPA può essere impiegata nello studio dei tumori cerebrali

**Risposta giusta: B**

Un paziente diabetico può essere sottoposto alla PET/TC con radionuclide senza alcuna controindicazione assoluta. Il diabete richiede esclusivamente un attento **controllo glicemico** pre-esame, poiché iperglicemie elevate competono con il tracciante e compromettono la qualità diagnostica.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A)** La scintigrafia ossea manifesta elevata sensibilità per le lesioni a componente osteoblastica, risultando ideale per rilevare precocemente l'aumentato turnover e il conseguente **rimodellamento osseo**.
- **C) La PET/TC con 18F-FDG può essere impiegata nello studio delle sospette infezioni di protesi vascolari**: La tecnica trova ampia indicazione nelle sospette infezioni di protesi vascolari, dato che il tracciante si accumula preferenzialmente nei tessuti metabolicamente attivi, inclusi focolai infiammatori e infettivi.
- **D) La PET/TC con 68Ga-DOTApeptidi (DOTATOC; DOTANOC; DOTATE) può essere impiegata nello studio delle neoplasie neuroendocrine ben differenziate**: L'utilizzo dei complessi $^{68}$Ga-DOTApeptidi è confermato per le neoplasie neuroendocrine ben differenziate, poiché questi radiofarmaci legano specificamente i recettori della somatostatina, fortemente sovraespressi in tale quadro patologico.
- **E) La PET/TC con 18F-DOPA può essere impiegata nello studio dei tumori cerebrali**: L'impiego del $^{18}$F-DOPA è clinicamente valido per i tumori cerebrali, garantendo una corretta valutazione metabolica e una più precisa caratterizzazione anatomica della lesione.

**136** **La scintigrafia scheletrica per lo studio del metabolismo osseo utilizza radiofarmaci marcati con 99mTc che contengono:**

A Cristalli di calcio
B Paratormone
C Fluorodesossiglucosio
**D Difosfonati**
E Vitamina D

**Risposta giusta: D**

La scintigrafia scheletrica usa **difosfonati** marcati con $^{99m}\mathrm{Tc}$, che si fissano al **tessuto osseo** in rapporto all'attività di **rimodellamento**. L'esame permette così di individuare le aree con maggiore attività osteoblastica.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Cristalli di calcio**: Il radiofarmaco non contiene cristalli di calcio. Il tecnezio marca un difosfonato, che si lega poi all'osso.
- **B) Paratormone**: Il paratormone è un ormone che regola il metabolismo del calcio e del fosforo, ma non è il vettore del radiofarmaco impiegato nell'esame.
- **C) Fluorodesossiglucosio**: Il fluorodesossiglucosio si usa soprattutto nella PET per studiare il metabolismo glucidico, per esempio in oncologia, non nella scintigrafia scheletrica.
- **E) Vitamina D**: La vitamina D è importante per il metabolismo del calcio e dell'osso, ma non è un componente del radiofarmaco usato nella scintigrafia scheletrica.

**137** **Un paziente maschio, di 17 anni, si reca in Pronto Soccorso per improvviso dolore scrotale, associato a nausea e vomito. All'esame obiettivo: testicolo destro teso, dolente, sollevato ed orizzontalizzato rispetto al controlaterale. Nel sospetto di torsione testicolare qual è l'indagine di imaging di I livello tra le seguenti?**

A TC con mdc
B RM con mdc
C **Ecografia testicolare con studio color Doppler**
D Nessuna delle altre risposte è corretta
E TC senza mdc

**Risposta giusta: C**

L'**ecografia con color Doppler** rappresenta l'esame di prima linea nel sospetto di **torsione testicolare**. Questa tecnica fornisce rapidamente la valutazione morfologica e soprattutto la **vascolarizzazione** del gonadio. Si tratta di un'**urgenza urologica** che richiede un'indagine non invasiva, immediata e dedicata alla ricerca di ipoperfusione o astenia del flusso ematico.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) TC con mdc**: La tomografia computerizzata con mezzo di contrasto non costituisce un'indagine appropriata per la diagnosi iniziale. I tempi di acquisizione e l'esposizione alle radiazioni la rendono sconsigliata quando un'alternativa più diretta e funzionale è già disponibile in pronto soccorso.
- **B) RM con mdc**: La risonanza magnetica con mezzo di contrasto offre dettagli anatomici superiori ma risulta completamente impraticabile in ambito acuto. La necessità di protocolli lunghi e apparecchiature poco accessibili ritarderebbe in modo pericoloso l'intervento chirurgico richiesto.
- **D) Nessuna delle altre risposte è corretta**: L'opzione negativa è invalidata dalla presenza di una procedura specifica e validata tra le scelte proposte. L'ecografia color-Doppler soddisfa tutti i criteri di appropriatezza diagnostica, rendendo superflua la ricerca di un'altra alternativa.
- **E) TC senza mdc**: La tomografia computerizzata senza contrasto presenta le medesime limitazioni funzionali della versione potenziata. Non permette di valutare adeguatamente la microcircolazione gonadica e fornisce dati inferiori rispetto alla metodica eco-Doppler standard per questa patologia.

**138** **Donna di 87 anni viene condotta in Pronto Soccorso in stato confusionale. La figlia riferisce caduta accidentale in casa con trauma cranico tre giorni prima. Esegue TC Cranio senza mdc che evidenzia un ematoma subdurale destro. Quale dei seguenti aspetti di imaging è tipico dell'ematoma subdurale?**

A Aspetto a "sale e pepe"
B Aspetto a "lente biconvessa"
C **Aspetto "a falce"**
D Aspetto "a sole radiante"
E Aspetto a "lente biconcava"

**Risposta giusta: C**

L'ematoma **subdurale** si colloca tra la dura madre e l'aracnoide. Il sangue segue naturalmente la superficie emisferica formando una raccolta semilunare. Questa conformazione a **falce** è il reperto classico alla TC nei traumatismi cranici. La lesione è favorita dalla lacerazione delle vene a ponte, strutture molto vulnerabili negli anziani.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) Aspetto a "sale e pepe"**: La locuzione "sale e pepe" descrive immagini di lesioni intracraniche con componenti eterogenee o di specifiche neoplasie, non una semplice raccolta di sangue.
- **B) Aspetto a "lente biconvessa"**: La morfologia a lente biconvessa è il marchio distintivo dell'ematoma **epidurale**, il quale rimane immediatamente bloccato dalle **suture craniche** che ne limitano il contorno.
- **D) Aspetto "a sole radiante"**: Il pattern "a sole radiante" richiama altri reperti radiologici differenti e non corrisponde all'estensione fisiologica di un versamento ematico.
- **E) Aspetto a "lente biconcava"**: La definizione di lente biconcava non trova riscontro nella classificazione dei traumatici cranici; la struttura reale del versamento è correttamente descritta come una mezzaluna lungo la superficie cerebrale.

**139** **Un paziente di 89 anni presenta una estesa lesione parzialmente ulcerata della cute del naso non trattabile chirurgicamente. Quale delle seguenti diagnosi istologiche costituisce un'indicazione alla radioterapia?**

- **A** **Carcinoma spinocellulare**
- **B** Psoriasi
- **C** Pemfigoide bolloso
- **D** Schwannoma benigno
- **E** Fibroma sottocutaneo

**Risposta giusta: A**

In un soggetto anziano con una lesione cutanea estesa e ulcerata non risolvibile chirurgicamente, il **carcinoma spinocellulare** indica la **radioterapia** come terapia prioritaria. Questo approccio mira a controllare la progressione **tumoreale** o a gestire i sintomi locali, risultando indispensabile quando l'opzione chirurgica è esclusa.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **B) Psoriasi**: La psoriasi è una dermatosi cronica a base infiammatoria e immunomediata. Richiede esclusivamente approcci farmacologici topici o sistemici, oppure fototerapia UV, escludendo l'uso delle radiazioni.
- **C) Pemfigoide bolloso**: Il pemfigoide bolloso è una patologia autoimmune vescicante, estranea al contesto neoplastico. Il management si basa su corticosteroidi e immunosoppressori, rendendo le radiazioni completamente inadatte.
- **D) Schwannoma benigno**: Lo schwannoma benigno origina dalle cellule di supporto dei nervi periferici. Viene gestito con osservazione o intervento limitato ai casi sintomatici, mai con protocolli radioterapici.
- **E) Fibroma sottocutaneo**: Il fibroma sottocutaneo corrisponde a una proliferazione benigna delle fibre connettivali. Trattandosi di una formazione non maligna, le radiazioni ionizzanti sono assoluteamente controindicate.

**140** **L'intercetta in una retta di regressione è:**

A La parallela a uno degli assi

B Il coefficiente di regressione

C La forza di relazione tra due parametri numerici

D **Il valore che assume Y quando X è pari a 0**

E Il valore che assume X quando Y è pari a 0

**Risposta giusta: D**

Nella equazione di regressione lineare $Y = \beta_0 + \beta_1 X$, l'intercetta è il **termine costante** che indica il valore atteso di $Y$ quando $X = 0$. Geometricamente segna il punto in cui la retta taglia l'**asse delle ordinate**, stabilendo da dove parte la stima sul piano cartesiano.

**Perché le altre sono sbagliate**

- **A) La parallela a uno degli assi**: Rappresenta una descrizione geometrica generica di una retta parallela a un asse, priva di significato come parametro numerico nel modello di regressione.
- **B) Il coefficiente di regressione**: Identifica la **pendenza** $\beta_1$, che esprime la variazione di $Y$ al modificarsi di $X$, mentre l'intercetta coincide con il termine noto indipendente dalla variabile esplicativa.
- **C) La forza di relazione tra due parametri numerici**: Definisce la correlazione, ovvero la misura quantitativa dell'associazione tra due parametri numerici, concettualmente distinta dal punto di avvio della funzione stimata.
- **E) Il valore che assume X quando Y è pari a 0**: Indica l'intersezione con l'asse delle ascisse, corrispondente al valore di $X$ quando $Y$ è pari a zero. La convenzione statistica attribuisce l'intercetta esclusivamente al valore di $Y$ all'origine delle $X$.

TEST SSM 2024

# RIFALLA NELL'APP

2024

Inquadra il QR oppure apri

**app.testbuddy.it**

PROVE DEGLI ANNI PASSATI

TESTBUDDY.IT