Il Manuale di Clinica Pratica

Titolo Quelle strane coliche renali
Data 09 febbraio 2006 alle 16:57:00
Autore G. Ressa

Il paziente è un pimpante epicureo cinquantenne che gode di ottima salute salvo un'insufficienza venosa agli arti inferiori; nell'anamnesi familiare si rilevano una forte familiarità flebopatica e calcolotica urinaria.
Un giorno il paziente si reca, piegato in due dal dolore, nello studio di Cretinetti il quale, sulla base ai sintomi e dei segni clinici fa diagnosi di colica renale, mette in opera la terapia di emergenza, dà i soliti consigli del caso e prescrive una Rx diretta addome, un'ecografia renale e vescicale, un esame delle urine.
Il paziente scompare e si rifà vivo dopo un mese, non ha fatto gli esami diagnostici e accusa lo stesso dolore ma dall'altro lato, in più afferma che "a causa del maledetto lavoro che mi tiene dodici ore in piedi" le gambe sono sempre più gonfie.
Cretinetti riprescrive la solita terapia più diosmina, dice al paziente di fare questa benedetta ecografia che rileva solo una dilatazione calicopielica bilaterale addebitata alle pregresse coliche, si consiglia un'urografia che in paziente non esegue.
Contemporaneamente il malcapitato si reca anche da un suo carissimo amico angiologo il quale consiglia senz'altro uno stripping delle safene per l'insufficienza venosa ingravescente; subito dopo il paziente torna da Cretinetti per riferire il tutto ed aggiunge che "mi si sono gonfiate anche "le palle e il pisello", credo che sia dovuto al gran "lavoro" sessuale che ho per le mani, speriamo non mi sia preso qualcosa di brutto!! mi fa fare il test per l'AIDS?".
A questo punto una lampadina si accende e una connessione diagnostica apre un nuovo scenario; Cretinetti si trasforma in Falchetto e con due successivi esami strumentali riesce a confermare il sospetto; a distanza di anni il paziente è vivo e più pimpante che mai.
*
Rx urografia: a sn normale; a dx ritardo nell'eliminazione del mdc; nei radiogrammi tardivi opacizzazione scarsa dell'uretere lombare fino all'apofisi trasversa L4-5 dove si interrompe la colonna, non calcoli. Rx pielografia: vistosa calicopielectasia con stravaso del mdc, regolare la parte prossimale dell'uretere mentre in corrispondenza del tratto presacrale riduzione del calibro. TC addome: in sede perirenale dx falda ipodensa che nelle fasi tardive si opacizza con marcato enhancement come per versamento urinoso; mediocalcinosi aortica con diam max 2.7 cm; quest'ultima, la cava, gli ureteri e le arterie iliache comuni sono circondate da tessuto denso che mostra modesto enhancement dopo mdc con piccole calcificazioni; uretere dx con dilatazione fino a livello delle ultime lombari.
Intervento chirurgico per ureterolisi e rimozione parziale di tessuto fibroso che all'esame istologico non dimostra atipie, diagnosi finale: FIBROSI RETROPERITONEALE.
Gli esami ematochimici non mostrarono nulla di patologico in senso autoimmune.
Dopo qualche mese la massa fibrosa riaumentò di volume, fu iniziata una terapia con Nolvadex 20 mg x 2 per un anno con quasi completa riduzione del tessuto fibroso.
Il paziente sta bene.
Considerazioni: Quello che ha ingannato in questo caso è il fatto che il paziente avesse una forte familiarità flebopatica e calcolotica renale, ma non era quello il problema, è possibile che la fibrosi fosse iniziata anni prima dando una insufficienza venosa agli arti inferiori, poi quando ha incarcerato gli ureteri è scoppiato il finimondo; la safenectomia bilaterale sarebbe stata inutile e dannosa.