



## Il Manuale di Clinica Pratica

**Titolo** Quel ragionamento che non filava  
**Data** 11 febbraio 2006 alle 10:35:00  
**Autore** G. Ressa

Paziente di 66 anni, affetto da ernia iatale con malattia da reflusso gastroesofageo, poliartrosi, maculopatia retinica bilaterale primitiva, varicocele bilaterale, emblocco anteriore sinistro, è stato tiroideotomizzato nel 1994 per grosso gozzo multinodulare compressivo, è da allora in terapia sostitutiva con tiroxina 100 microgrammi. Passano otto anni ed il paziente si reca per l'ennesima volta da Cretinetti per farsi prescrivere la solita routine ematochimica periodica che risulta completamente negativa salvo TSH 30.8 con ormoni normali. Cretinetti indaga sulla correttezza dell'assunzione della terapia sostitutiva, sulle condizioni dell'alvo e della funzionalità digestiva in generale; il paziente dichiara di sentirsi "un leone", Cretinetti aumenta il dosaggio a 125 microgrammi. Dopo due mesi il TSH scende ad 11, ma il paziente riferisce il manifestarsi di un'astenia marcata, Cretinetti afferma che purtroppo il marcatore principale dell'equilibrio ormonale tiroideo non è ancora a posto, l'astenia è quindi causata da questo ipotiroidismo per cui prescrive l'aumento del dosaggio giornaliero dell'ormone a 150 microgrammi. Dopo pochi giorni, però, il paziente torna a visita lamentando un peggioramento della sintomatologia, con associata dispnea e "sensazione di cuore in gola". Cretinetti visita il paziente e rileva un'azione cardica ritmica ma tachicardica, inframmezzata da battiti ectopici, il resto negativo, chiede visita cardiologica urgente con ECG che confermano il reperto, il collega consiglia Holter 24 ore per quantificare meglio la extrasistolia. Prima ancora di effettuare l'esame strumentale, il paziente ritorna da Cretinetti lamentando la comparsa anche di una sensazione di pesantezza al petto e dispnea da sforzo, Cretinetti lo rivisita e trova i precedenti reperti, sta per consigliare un ricovero urgente quando improvvisamente si accende una lampadina, si trasforma in Falchetto (era ora!) e riesce a riprendere in mano la situazione tenendo a casa il paziente e non aggiungendo alcuna nuova terapia "Meno male dotto', me sento n'antra vorta 'n leone, però sarebbi da chiamà li carabbinieri". Discussione: Ma perché un paziente di 66 anni dopo 8 di equilibrio ormonale perfetto e senza patologie nuove dovrebbe veder aumentare il suo fabbisogno di tiroxina del 50%? Cretinetti non se le è chiesto. Le analisi sono il Vangelo e lui continua ad aumentare la dose finché il paziente non manifesta una aritmia extrasistolica, una dispnea da sforzo e un dolore anginoso, del resto anche il cardiologo aveva detto di approfondire con un bel Holter !! Falchetto fece rifare le analisi in un altro posto, risultati: TSH indosabile, ormoni alti, la diagnosi finale fu: IPERTIROIDISMO IATROGENICO in cretinismo medico. Il paziente si spazientì e affrontò il responsabile del laboratorio che aveva effettuato le prime due rilevazioni, egli affermò che il TSH era passato da 30 a 11 e poi indosabile perché il dosaggio della tiroxina era stato aumentato; peccato che tra il valore di 11 a 0 era passata solo 1 settimana!