

Samilla Quazzari
Gabriel Moller
Jensens

ESTINTE

Elton Rana
Basso

TRACCIA C

Una donna di 59 anni viene ricoverata avendo presentato:

- Negli ultimi mesi progressiva colorazione itterica della cute e mucose
- Negli ultimi 60 giorni incremento di volume progressivo dell' addome
- Astenia ingravescente

La paziente non fuma e non consuma alcolici. La dieta è regolare.

APR è nota un'ipertensione arteriosa in monoterapia con un ACE-Inibitore.

APP, comparsa di ittero, riferito dapprima come sfumato, e poi via via più evidente, accompagnato da astenia, successiva comparsa di aumento di volume addominale che ha indotto la paziente a preoccuparsi ed il suo MMG, da lei consultato, a consigliare il ricovero.

EO dimostra ittero franco, non asterixis, presenza di naevo spider al torace, abbondante versamento addominale.

ESAMI DI LABORATORIO dimostrano GB 8.000 (N 60%) Hb 12.7 (MCV 92) PLT 200.000, GOT 38 GPT 46 GGT 200 (x 4 i V.N.) ALP 350 (x 2-3 volte i V.N.) INR 1.6 Bilirubina 11.5 (dir. 8) Proteine totali 6 con Albuminemia 2.8 e gammaglobuline 28% Urea 28 Creatinina 1.1 Glicemia 108.

ECO ADDOME SUP evidenzia versamento libero massivo in addome, fegato ridotto di volume, a profili irregolari e con relativa ipertrofia del lobo sx, vena porta di 13 mm, milza di 11.8 cm. Durante il ricovero esegue markers virali HBV ed HCV neg, HAV con sola positività di anti HAV IgG. Ferritinemia nei limiti

TC ADDOME MDC conferma i dati ecografici e non evidenzia lesioni pancreatiche.

EGDS evidenzia varici esofagee F1 ed F2.

Ad un **approfondimento anamnestico** si apprende che la paziente ha avuto nel passato saltuari riscontri di elevazioni, per lo più lievi, di GOT GPT GGT, mai indagate.