



FILE UNICO

TIPO DI FORMAZIONE: RES

TITOLO EVENTO: Congresso Regionale FADOI 2026 Piemonte e Valle d'Aosta con le giovani leve della Medicina Interna

DATA EVENTO: 10/04/2026

SEDE EVENTO – STRHOTELS MAJESTIC TORINO

DURATA: 7 ORE

NUMERO CREDITI: 7

PROVIDER- COD ECM FONDAZIONE FADOI 428- 471562

OBIETTIVO FORMATIVO: 3 - Documentazione clinica. Percorsi clinico-assistenziali diagnostici e riabilitativi, profili di assistenza - profili di cura

DESTINATARI (Disciplina): ALLERGOLOGIA ED IMMUNOLOGIA CLINICA; ANATOMIA PATOLOGICA; ANESTESIA E RIANIMAZIONE; ANGIOLOGIA; BIOCHIMICA CLINICA; CARDIOLOGIA; CHIRURGIA GENERALE;; CONTINUITÀ ASSISTENZIALE; DERMATOLOGIA E VENEREOLOGIA; DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO; EMATOLOGIA; ENDOCRINOLOGIA; FARMACOLOGIA E TOSSICOLOGIA CLINICA; GASTROENTEROLOGIA; GENETICA MEDICA; GERIATRIA; IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE; IGIENE, EPIDEMIOLOGIA E SANITÀ PUBBLICA; LABORATORIO DI GENETICA MEDICA; MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO; MALATTIE INFETTIVE; MALATTIE METABOLICHE E DIABETOLOGIA; MEDICINA E CHIRURGIA DI ACCETTAZIONE E DI URGENZA; MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE; MEDICINA GENERALE (MEDICI DI FAMIGLIA); MEDICINA INTERNA; MEDICINA LEGALE; MEDICINA NUCLEARE; MEDICINA TERMALE; MEDICINA TRASFUSIONALE; MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA; NEFROLOGIA; NEUROLOGIA; RADIODIAGNOSTICA; REUMATOLOGIA; SCIENZA DELL'ALIMENTAZIONE E DIETETICA

RAZIONALE

Il Congresso Regionale FADOI Piemonte e Valle d'Aosta con i Giovani Internisti rappresenta un appuntamento centrale per la formazione e la crescita professionale degli internisti della nostra regione. In un periodo in cui il sistema sanitario affronta trasformazioni profonde — dall'evoluzione epidemiologica all'introduzione di nuove tecnologie diagnostiche e terapeutiche — diventa fondamentale offrire ai professionisti in formazione occasioni strutturate di confronto, aggiornamento e sviluppo di competenze avanzate. La Medicina Interna, per sua natura trasversale e integrata, si trova costantemente al centro di queste sfide, chiamata a fornire risposte adeguate alla complessità clinica e alla crescente fragilità dei pazienti.

Il congresso si articola attorno a casi clinici selezionati che riflettono situazioni reali della pratica quotidiana degli internisti. Questa scelta metodologica nasce dalla consapevolezza che il caso clinico rappresenta uno degli strumenti formativi più efficaci per affinare il ragionamento clinico, la capacità decisionale e la gestione dell'incertezza. L'analisi collegiale di percorsi diagnostici articolati, decisioni terapeutiche complesse e criticità assistenziali consentirà ai giovani colleghi di misurarsi con scenari realistici, stimolando un apprendimento concreto e immediatamente trasferibile nella pratica clinica. Inoltre, la provenienza dei casi da ospedali diversi del territorio

PROVIDER

FONDAZIONE FADOI
Via Felice Grossi Gondi, 49
00162 Roma
C.F. e P:iva 1049531002
R.E.A. di Roma 1236549

Segreteria Organizzativa

Planning Congressi
Via Guelfa, 9
40138 Bologna
Tel. 051-300100
Fax 051-309477
a.lorusso@planning.it



valorizzerà la diversità dell'esperienza internistica regionale, favorendo uno scambio virtuoso di approcci e competenze.

A integrare la parte clinica, il programma prevede alcune letture magistrali affidate a relatori di riconosciuta esperienza. Le letture affronteranno tematiche di stringente attualità per l'internista moderno, includendo nuove evidenze scientifiche, innovazioni terapeutiche emergenti, sfide organizzative e prospettive future della medicina ospedaliera. Questi contributi offriranno ai partecipanti una cornice teorica solida e aggiornata, utile per contestualizzare le conoscenze maturate attraverso la discussione dei casi e per comprendere le evoluzioni che nei prossimi anni influenzeranno la pratica internistica.

Complessivamente, l'evento mira a rafforzare la rete professionale degli internisti FADOI in particolare guardando ai giovani, promuovendo non solo la crescita culturale individuale, ma anche lo spirito di collaborazione e appartenenza a una comunità scientifica attiva e in continua evoluzione. Il congresso vuole essere un luogo di scambio, di dialogo e di stimolo, capace di accendere curiosità, generare nuove idee e consolidare il ruolo centrale della Medicina Interna nel percorso di cura dei pazienti complessi. Attraverso questo appuntamento, la sezione Piemonte e Valle d'Aosta ribadisce il proprio impegno nel sostenere i giovani professionisti, offrendo loro strumenti concreti per affrontare con competenza, consapevolezza e visione le sfide presenti e future della nostra disciplina.

Programma

08.15 Registrazione partecipanti

08:45 Saluti ed introduzione ai lavori

Matteo Nicoletto, Fulvio Pomerio, Gianlorenzo Imperiale

I SESSIONE

Moderatori: Giuseppe Aiosa, Emanuela Laurita

Discussant: Elena Cerutti, Massimo Giusti

09:00 Quando le dimensioni ingannano. Giulia Cesano

09.15 Più sono numerosi e meno si vedono. Linda Ramadori

09.30 Non basta mai... Erika Pistone

09.45 Dolore Addominale Acuto: cosa non lasciarsi sfuggire nella lettura della TC addome. Matteo Nicoletto

10.05 Discussione

10.25 Introduzione alla Lettura: Gianlorenzo Imperiale

10.30 Lettura

"Gestione intensiva del rischio cardiovascolare: ruolo delle terapie aggiuntive nel controllo dell'LDL e degli eventi maggiori"

Relatore: Paolo Fornengo

10.55–11.20 Coffee break

PROVIDER

FONDAZIONE FADOI

Via Felice Grossi Gondi, 49

00162 Roma

C.F. e P:iva 1049531002

R.E.A. di Roma 1236549

Segreteria Organizzativa

Planning Congressi

Via Guelfa, 9

40138 Bologna

Tel. 051-300100

Fax 051-309477

a.lorusso@planning.it



II SESSIONE

Moderatori: Roberta Re, Antonio Briozzo

Discussant: Marinella Tricarico, Manuel Ventura

11.20 Quando un tatuaggio apre il vaso di Pandora. Elisa Cremonte

11.35 Come mai si è rotta? Luigi Scavino

11.50 Insufficienza Respiratoria Acuta: cosa non lasciarsi sfuggire nella lettura della TC torace. Elena Cane

12.10 Discussione

12.30 Introduzione alla Lettura: Paolo Pasquero

12.35 Lettura

Approccio nutrizionale alla perdita di massa muscolare: dal fabbisogno proteico alle nuove strategie".

Relatore Cloé Dalla Costa - Cristina Olivero

13.00–14.00 Pausa Pranzo

III SESSIONE

Moderatori: Mauro Campanini, Stefania Marengo

Discussant: Marco Novelli, Roberto Frediani

14:00 Non sei un po' troppo giovane? Antonio Acquaviva

14.15 Primum non nocere. Tiziana Brambati

14.30 Non sempre è buona la prima.. Giovanna Vesnaver

14.45 Evento Neurologico Acuto: cosa non lasciarsi sfuggire nella lettura della TC cranio basale. Andrea Iannaccone

15.05 Discussione

15.25 Introduzione alla Lettura: Paola Artoni

15.30 Lettura

"Tripla terapia inalatoria nella BPCO: nuove evidenze tra controllo delle riacutizzazioni e impatto sul rischio cardiopolmonare"

Relatore: Luca Dutto

IV SESSIONE

Moderatore: Angelo Bosio, Piero Riva

Discussant: Elena Migliore, Claudio Pascale

15.55 A peculiar walk. Chiara Nonno

16.10 Ci sarà pur un perchè. Giulio Romano

16.25 50 sfumature di grigio. Chiara Ferrante

16.40 Discussione

PROVIDER

FONDAZIONE FADOI

Via Felice Grossi Gondi, 49

00162 Roma

C.F. e P:iva 1049531002

R.E.A. di Roma 1236549

Segreteria Organizzativa

Planning Congressi

Via Guelfa, 9

40138 Bologna

Tel. 051-300100

Fax 051-309477

a.lorusso@planning.it



17.00 Introduzione alla Lettura: Giuliano Pinna

17.05 Lettura

“SGLT2-inibitori nella pratica clinica: dal beneficio cardiovascolare alla gestione integrata del paziente”

Relatore: Claudio Norbiato

17.30 Conclusioni del Congresso – Matteo Nicoletto, Fulvio Pomerio, Gianlorenzo Imperiale

17.50–18.00 Consegna premio Brignardello

CASI CLINICI

CASO CLINICO - Non sei un po' troppo giovane? Antonio Acquaviva

Acquaviva A; Gagliardi I; Masera G; Re R.

Medicina interna, ASL VC, presidio di Vercelli

A Rare Cause of Early-Onset Liver Cirrhosis: Progressive Familial Intrahepatic Cholestasis Type 3

Early-onset liver cirrhosis represents a diagnostic challenge, particularly when associated to early portal hypertension and its complications. Rare genetic cholestatic disorders should be considered when common acquired causes are excluded.

A 20-year-old woman was admitted to our Division for abdominal pain, fatigue and occasional pruritus. Past medical history included previous treatment for bleeding oesophageal varices. Laboratory tests revealed pancytopenia, predominant cholestatic enzyme elevation, hyperbilirubinemia and polyclonal hypergammaglobulinemia. Imaging studies reported liver cirrhosis with severe splenomegaly, porto-systemic shunts and mild ascites, without biliary tract dilatation. An extensive assessment excluded viral, autoimmune and metabolic causes of chronic liver disease. Serum bile acids were markedly increased. Considering the young age at onset, the presence of pruritus, the prevalent cholestatic pattern, exclusion of secondary causes and advanced portal hypertension, progressive familial intrahepatic cholestasis was suspected. Genetic testing revealed a homozygous mutation in the ABCB4 gene, consistent with Progressive Familial Intrahepatic Cholestasis (PFIC) type 3. The patient was referred to a liver transplant center. Prompt recognition of genetic cholestatic disorders is crucial as it may significantly impact therapeutic strategies and transplant planning.

Primum non nocere. Tiziana Brambati

Dott.ssa Brambati Tiziana

Abstract

Il nostro caso riguarda una donna di 76 anni con in anamnesi una displasia congenita dell'anca sottoposta a protesi bilaterale nel 2003, ipertensione arteriosa in terapia con sartano, sindrome ansioso-depressiva in terapia con paroxetina e benzodiazepine a basso dosaggio.

PROVIDER

FONDAZIONE FADOI

Via Felice Grossi Gondi, 49

00162 Roma

C.F. e P.iva 1049531002

R.E.A. di Roma 1236549

Segreteria Organizzativa

Planning Congressi

Via Guelfa, 9

40138 Bologna

Tel. 051-300100

Fax 051-309477

a.lorusso@planning.it



Prima di giungere alla nostra osservazione, la paziente andava incontro ad un prolungato ricovero ospedaliero per una sepsi a partenza dai tessuti molli a livello della protesi d'anca di dx (confermata a scintigrafia con leucociti marcati), sottoposta a intervento di espianto e a terapia antibiotica prolungata con Meropenem per 15 giorni e successivamente con Cefepime 2 g ogni 8 ore (positività del colturale intraoperatorio per *Pseudomonas aeruginosa*), in atto da 20 giorni e con indicazione infettivologica a prosecuzione per un totale di 6 settimane. Per tale motivo, dal reparto ospedaliero per acuti, la paziente veniva dimessa in lungodegenza, in condizioni generali buone, apirettica, orientata nel tempo e nello spazio, con normali esami ematochimici (creatinina 0.92 mg/dl).

Dopo alcuni giorni, la paziente iniziava a presentare un cambiamento del tono dell'umore con sviluppo di ansia libera, successiva confusione, confabulazione e disorientamento, quindi alterazione della coscienza e del linguaggio, sia in termini di comprensione che si espressione. Veniva quindi inviata in Pronto Soccorso per accertamenti urgenti: la TC del cranio basale risultata negativa per eventi acuti, segnalando sola atrofia compatibile con l'età; gli esami ematochimici mostravano un quadro di danno renale acuto (creatinina 4.81 mg/dl, eGFR 12 ml/min), non leucocitosi né significativo rialzo degli indici di flogosi. Veniva avviata idratazione endovenosa unita a stimolo diuretico, eseguita una valutazione neurologica, che concludeva per encefalopatia acuta in prima ipotesi su base metabolica; la paziente veniva dunque ricoverata nel nostro reparto.

All'ingresso si assisteva a rapido peggioramento dello stato di coscienza con un Glasgow Coma Scale di 9, insorgenza di contrazioni involontarie agli arti associate a rigidità diffusa, persistenza di oligo-anuria. La paziente veniva quindi trasferita in terapia intensiva per monitoraggio e supporto inizialmente non invasivo, con valutazioni neurologiche ripetute.

Sottoposta ad una TC del torace e dell'addome, questa rilevava la presenza di una raccolta fluida (circa 10 cm) nella sede di espianto della protesi.

Per rapido ulteriore peggioramento neurologico, la paziente veniva sottoposta a sedazione farmacologica e ventilazione meccanica invasiva. Eseguita una rachicentesi, risultata negativa per infezione, e un EEG che mostrava anomalie bioelettriche irritative soprattutto in sede fronto-centrale bilaterale; su indicazione neurologica, veniva avviata terapia antiepilettica con Valproato, ponendo diagnosi di una possibile encefalopatia epilettogena da Cefepime (che veniva sospeso), aggravata dall'insufficienza renale acuta. Si rendeva inoltre necessario avviare emodialisi continua depurativa.

Si osservava successivamente una graduale ripresa della diuresi, con stimolo diuretico massimale, potendo passare ad emodialisi intermittenti; si presentava contestualmente la possibilità di sospendere la terapia sedativa, con ripresa della vigilanza, pur persistendo disorientamento costante e agitazione a tratti.

La paziente veniva quindi nuovamente trasferita in Medicina Interna per il proseguimento delle cure.

La funzione renale andava incontro a graduale miglioramento, con possibilità di sospendere i trattamenti dialitici; residuavano però valori di creatinina aumentati rispetto a quelli antecedenti l'acuzie (2.07 mg/dl, eGFR 26 ml/min). Si andavano inoltre riducendo gli episodi di confusione e agitazione della paziente, senza più ulteriori manifestazioni comiziali.

Si assisteva però a ricomparsa della febbre, con riscontro di setticemia da *K. Pneumoniae* a partenza dalla sede di espianto della protesi d'anca, per cui veniva avviata terapia antibiotica mirata con piperacillina/tazobactam ed eseguita nuova bonifica chirurgica della cavità articolare destra (l'esame colturale del liquido risultava anch'esso

PROVIDER

FONDAZIONE FADOI
Via Felice Grossi Gondi, 49
00162 Roma
C.F. e P.iva 1049531002
R.E.A. di Roma 1236549

Segreteria Organizzativa

Planning Congressi
Via Guelfa, 9
40138 Bologna
Tel. 051-300100
Fax 051-309477
a.lorusso@planning.it



positivo per *K. Pneumoniae*). L'antibiotico terapia è stata proseguita, con beneficio e senza collateralità, per un totale di 6 settimane nel reparto di Lungodegenza, con successivo reimpianto di protesi d'anca.

Quando le dimensioni ingannano. Giulia Cesano

Premises: Microscopic polyangiitis (MPA) is a necrotizing small-vessel vasculitis with variable severity and often nonspecific presentation, which may lead to misdiagnosis. In the overt form, kidney and respiratory tract are the most commonly involved sites. Diagnosis relies on clinical presentation, serology with myeloperoxidase-antineutrophil cytoplasmic autoantibody (MPO-ANCA) positivity and typical histopathology; however, treatment should not be delayed awaiting histological confirmation.

Case Description: An 85-year-old woman was admitted for a symptomatic hypertensive crisis. During hospitalization, she developed rapidly progressive renal and respiratory failure. Chest imaging showed bilateral consolidations with ground-glass opacities; laboratory tests revealed MPO-ANCA positivity, leading to a diagnosis of MPA with renal (progressive glomerulonephritis) and pulmonary involvement (interstitial lung disease).

High-dose intravenous steroids and Rituximab were promptly initiated, even though her conditions made kidney biopsy unfeasible; meanwhile, continuous renal replacement therapy was required, with recovery of spontaneous diuresis. Despite high-flow oxygen therapy, clinical conditions progressively worsened, resulting in death.

Conclusions: This case illustrates the diagnostic and therapeutic challenges of ANCA-associated vasculitis in elderly, frail patients and the importance of early diagnosis. Even with prompt treatment, the disease may follow a rapidly progressive and refractory course, particularly in the presence of advanced age and multiple comorbidities.

Quando un tatuaggio apre il vaso di Pandora. Elisa Cremonese

Presentiamo il caso di un paziente di 57 anni, giunto alla nostra attenzione per inappetenza, calo ponderale e dolore al rachide lombare non responsivo alla terapia antalgica. Gli accertamenti eseguiti in Pronto Soccorso ponevano il sospetto di una spondilodiscite, avvalorata dall'isolamento alle emocolture di *S. aureus* Oxacillino-sensibile. Durante la degenza veniva intrapresa terapia antibiotica mirata (Penstapho), con iniziale miglioramento clinico e bioumorale. L'RMN della colonna confermava il sospetto clinico. L'ortopantomica evidenziava una raccolta ascessuale alla radice di 4.4, possibile focolaio di partenza dell'infezione. In considerazione della sede e della gravità della stessa, si ipotizzava una possibile condizione di immunocompromissione sottostante. Approfondendo l'esame clinico ed obiettivo, veniva notata la presenza di un tatuaggio di non recente esecuzione, dai tratti grossolani ed incerti.

Il paziente riferiva di avere eseguito il tatuaggio mesi prima, in carcere, in condizioni igienico-sanitarie non idonee. A tal proposito, venivano richiesti ulteriori accertamenti laboratoristici (Quantiferon, sierologie per epatovirus maggiori e minori, sierologie per malattie veneree, antigene sierico galattomannano di *Aspergillus*, antigene capsulare di *Cryptococcus*, immunofenotipo linfocitario, ANA, ENA, ANCA, HLA-B27).

I test rivelavano una positività sierologica per HIV ad alto titolo associata ad iniziale sbilanciamento del rapporto T CD4/CD8. Inoltre, l'immunofenotipo linfocitario evidenziava una restrizione clonale della popolazione B compatibile con quadro linfoproliferativo CD5 e CD10 negativo. Era, dunque, possibile ipotizzare la coesistenza di uno stato di immunodepressione HIV-relato (probabile coadiuvante della spondilodiscite) con un disordine linfoproliferativo non HIV-relato.

La negatività dei marcatori CD5 e CD10 in un contesto di proliferazione B-clonale poteva essere espressione di una malattia linfomatosa del tipo marginale (LNH nodale, MALT, splenico), raramente osservato nei pazienti HIV positivi.

PROVIDER

FONDAZIONE FADOI
Via Felice Grossi Gondi, 49
00162 Roma
C.F. e P.iva 1049531002
R.E.A. di Roma 1236549

Segreteria Organizzativa

Planning Congressi
Via Guelfa, 9
40138 Bologna
Tel. 051-300100
Fax 051-309477
a.lorusso@planning.it



In relazione ai sintomi dispeptici lamentati dal paziente ed in assenza di linfadenopatie superficiali o di splenomegalia, veniva eseguita la ricerca dell'antigene fecale di *Helicobacter pylori*, la cui infezione cronica può risultare responsabile della comparsa di MALTomi. La ricerca risultava positiva ad alto titolo.

Veniva avviata terapia eradicante combinata, programmata l'esecuzione di TC total-body a scopo stadativo e gastroscopia con biopsie a scopo diagnostico. In merito alla positività sierologica per virus HIV, confermata con western blot, veniva richiesto parere Infettivologico, con indicazione a trasferimento presso Reparto di competenza per avvio di terapia specifica.

Il caso clinico ci è sembrato di interesse in quanto testimonia come, a volte, per arrivare a diagnosi impreviste e complesse basti partire da un semplice dettaglio, come un tatuaggio "mal fatto" .

Questo caso, inoltre, mostra come lo stato di immunidepressione possa essere responsabile di più quadri patologici severi e coesistenti, ponendo molti limiti alle possibilità di cura e all'aspettativa di vita dei pazienti affetti.

A peculiar walk. Chiara Nonno

Introduction: CNS (central nervous system) infections are rare but devastating occurrences. Presentation can be non-specific. Lumbar puncture is mandatory for diagnosis, as is the absence of other explanations for symptoms. Prognosis is severe but greatly improves with antimicrobial treatment; the same is true for neurological sequelae. Case description: 73 years old male presented with fatigue and new onset retropulsion. Known slight cognitive decay and hypercalcemia. Sinusopathy alone on imaging. Onset of high fever during hospitalization led to detection of influenza A virus and *Streptococcus mitis* on blood cultures. Empiric antibiotic and oseltamivir were started. Difficulty controlling body temperature in the presence of neurological symptoms triggered lumbar puncture; CSF (cerebro-spinal fluid) examination was suggestive for bacterial infection. Culture on CSF was negative, but puncture was performed after ceftriaxone administration.

Conclusions: Patient was successfully treated with antimicrobial therapy and resumed walking. The presence of factors that could initially explain symptoms delayed lumbar puncture and diagnosis; treatment significantly changed patient's prognosis and quality of life

Authors: Nonno Chiara, Pace Edoardo, Carcia Valeria

Presenter: Nonno Chiara

Non basta mai... Erika Pistone

A 68-year-old woman was admitted for severe hypokalemia (HK) (1.7 mmol/L), fatigue, weight loss, resistant hypertension, and metabolic alkalosis (pH 7.537, HCO₃ 51).

She had a history of pharyngeal adenocarcinoma with low oral food intake and malnutrition.

Iatrogenic causes were ruled out, excluding the use of diuretics or other medications associated with HK, as well as gastrointestinal losses.

Chronic hypertension was uncontrolled despite multiple therapies: beta-blockers, amlodipine, ACE inhibitors, and alpha-blockers, all at maximum doses.

High doses of intravenous (IV) and oral potassium chloride were administered, in combination with magnesium sulfate and IV artificial nutrition.

PROVIDER

FONDAZIONE FADOI
Via Felice Grossi Gondi, 49
00162 Roma
C.F. e P:iva 1049531002
R.E.A. di Roma 1236549

Segreteria Organizzativa

Planning Congressi
Via Guelfa, 9
40138 Bologna
Tel. 051-300100
Fax 051-309477
a.lorusso@planning.it



Despite several days of high-dose potassium supplementation, no significant change was observed, and potassium levels remained persistently very low (ranging from 1.7 to 2.1 mmol/L). Renin levels and aldosterone, performed while on ACE inhibitor therapy, was within the normal range. Cortisol, ACTH, TSH, and urine electrolytes were all within normal limits.

Total body tomography and PET were negative for detection of adrenal glands masses or systemic metastases.

Conclusions: "Ex adiuvantibus", we introduced a mineralocorticoid receptor inhibitor (MRA), canrenone, which led to rapid correction of hypokalemia and hypertension control (NIBP: 182/110 to 140/70).

In the absence of proven hyperaldosteronism, but with a clear response to MRA, we suspected a paraneoplastic syndrome with hyperaldosteronism or an aldosterone-like mediator associated HK, in combination with low potassium intake in malnutrition.

Corsini F, Pistone E

Più sono numerosi e meno si vedono. Linda Ramadori

Introduction: Syphilis is an infective disease. Its incidence has been increasing since 2010, especially in the range of age between 15 and 49 and in women.

Description: A 51-year-old woman was admitted to the Internal Medicine ward with worsening maculopapular painless and non-pruritic skin lesions associated with bilateral, symmetrical arthralgia, distal lower limb edema and hoarseness. Previous dermatological examination raised suspicion of vasculitic or bacterial dermatitis. Oral steroid therapy was prescribed without relief. Physical examination revealed no oral lesions; erythematous-papular lesions spread to the trunk, back, neck, face and proximal upper limbs with scaly erythematous lesions on the pretibial and plantar areas; whitish, slightly painful, verrucous vulvar lesion. Blood tests revealed white blood cell count of 9360/uL with normal leukocyte differential, hemoglobin 12.4 g/dL, normal kidney and liver function tests, C-reactive protein 45 mg/L, procalcitonin 0.81 ng/mL, D-dimer 2658 ng/mL, negative autoimmunity and oncomarkers tests. Chest x-ray, CT-angiography and abdominal ultrasound were normal. Syphilis was confirmed after two VDRL assays, the first was negative due to "prozone-phenomenon". Given skin and joint involvement associated with primary vulvar lesion, but in the absence of ocular, neurological and cardiac involvement, the disease can be classified as stage II.

Conclusions: Syphilis is difficult to diagnose due to its aspecific symptoms that can mimic other medical conditions. That's why it's called "the great mimicker".

Ci sarà pur un perché. Giulio Romano

Donna di 69 anni accede in PS per caduta al domicilio non testimoniata. Riferita ripresa di coscienza in meno di un minuto con paresi della mano dx e peggioramento della nota ptosi palpebrale dx. In anamnesi remota sindrome bipolare, FA in DOAC, portatrice di PM per malattia delle vie di conduzione. Recente comparsa di rash cutaneo e prurito dopo inserimento in terapia di lamotrigina, con susseguente necessità di riduzione della posologia, ed arrossamento del piede sx riferito come presente da un paio di settimane, trattato secondo indicazione del Curante con calze elastocompressive. In PS EO sostanzialmente di norma, ritmo da PM all'ECG, agli ematochimici WBC 17000 e PCR 17.9, alla TC encefalo piccola falda di ESA post traumatico. POCUS nella norma, CUS negativa. Alla valutazione neurologica: episodio confusionale reputato come secondario al trauma ed all'infezione

PROVIDER

FONDAZIONE FADOI
Via Felice Grossi Gondi, 49
00162 Roma
C.F. e P:iva 1049531002
R.E.A. di Roma 1236549

Segreteria Organizzativa

Planning Congressi
Via Guelfa, 9
40138 Bologna
Tel. 051-300100
Fax 051-309477
a.lorusso@planning.it



(verosimilmente da erisipela), indicata TC encefalo di controllo (risultata negativa). Impostata idratazione ed antibiotico-terapia con amoxicillina/clavulanato, ricoverata in Medicina per prosieguo delle cure.

In regime di ricovero interrogato PM con risultato negativo per aritmie o pause patologiche; TC di controllo: pressochè totale riassorbimento dell'ESA; continuato ciclo di terapia antibiotica con progressivo miglioramento clinico, remissione dell'erisipela e normalizzazione degli indici di flogosi agli ematochimici. Alla chiusura del ciclo antibiotico riscontro di artropatia migrante alle caviglie: eseguita RX, negativa per fratture e/o lesioni, VES e FR negativi, trattata con ghiaccio locale e FANS con apparente iniziale remissione. In predimissione ripresa della sintomatologia algica con artropatia migrante, per cui eseguito nuovo workup diagnostico: autoimmunità negativa, per cui dopo ulteriore consulto anamnestico sulle abitudini di vita della paziente (che ha riferito essere solita trascorrere dei periodi in campagna) sospetto di comparsa di borreliosi disseminata precoce (rash), neuroborreliosi (scompenso in paziente con malattia psichiatrica già nota) e possibili manifestazioni carditiche da Lyme (seppur ad interrogazione del PM negativa), per cui eseguita ricerca sierologica di *Borrelia burgdorferi*, risultata positiva. Impostata pertanto terapia con doxiciclina con buona risposta clinica e dimessa la paziente al domicilio in buon compenso emodinamico, respiratorio e neurologico.

Conclusioni: nel multiforme mondo della Medicina Interna anche i pazienti all'apparenza più comuni possono sottendere casi complessi ed affascinanti, ricchi di fattori confondenti sia intrinseci alla storia patologica del paziente che estrinseci. Spesso, soprattutto nel caso in cui alcuni elementi clinici possano non risultare chiari e nel rispetto del "principio del rasoio di Occam", riesaminare il caso, l'anamnesi ed effettuare un nuovo ragionamento clinico seguito da un corretto workup diagnostico può rappresentare una pratica clinica ottimale.

Come mai si è rotta? Luigi Scavino

Titolo: Fratture patologiche e severa osteopatia metabolica come manifestazione atipica di celiachia dell'adulto: un caso clinico.

Autori: Dott. Luigi Scavino, Medicina Ospedale Cottolengo Torino; Dott.ssa Bianca Salone, Medicina Ospedale Cottolengo Torino.

Premesse: La celiachia dell'adulto può presentarsi con manifestazioni extraintestinali atipiche, talora predominanti, rendendo complesso l'inquadramento diagnostico. Tra queste, le alterazioni del metabolismo osseo e del calcio possono simulare patologie oncologiche o endocrinologiche primitive, con conseguente ritardo diagnostico.

Descrizione del caso clinico: L.P., uomo di 59 anni, veniva ricoverato in Reparto di Medicina per accertamenti dopo frattura spontanea di clavicola atraumatica, associata a disturbi dell'equilibrio e sbandamento nella marcia, inizialmente attribuiti a esiti di ischemia pontina. Gli esami ematochimici mostravano un marcato incremento della fosfatasi alcalina (ALP 2146 U/L), con quota ossea (BAP) non significativamente aumentata, e ipocalcemia severa (Ca 7,2 mg/dL). In prima istanza veniva posto il sospetto di mieloma multiplo; tuttavia gli ulteriori approfondimenti effettuati (proteinuria di Bence Jones, β 2-microglobulina, elettroforesi proteica sierica) risultavano negativi. Lo studio del metabolismo calcio-fosforo evidenziava un quadro di iperparatiroidismo secondario severo con marcato deficit di vitamina D (PTH 1303 pg/mL, 25OH Vit. D 7 ng/mL). L'ecografia tiroidea e paratiroidea evidenziava una formazione di pertinenza paratiroidea verosimilmente secernente, interpretata come secondaria alla severa carenza di calcio e vitamina D. La TC total body documentava un diffuso rimaneggiamento osseo a carattere misto, con fratture patologiche della clavicola e della branca ischio-pubica, nonché cedimenti vertebrali a carico di D12 e L1. La biopsia

PROVIDER

FONDAZIONE FADOI
Via Felice Grossi Gondi, 49
00162 Roma
C.F. e P.iva 1049531002
R.E.A. di Roma 1236549

Segreteria Organizzativa

Planning Congressi
Via Guelfa, 9
40138 Bologna
Tel. 051-300100
Fax 051-309477
a.lorusso@planning.it



di una lesione costale, eseguita sotto guida ecografica, risultava compatibile con tumore bruno. Nel contesto di un quadro multicarenziale (ipovitaminosi D, ipovitaminosi B12, iposideremia), veniva eseguito screening per celiachia mediante dosaggio degli anticorpi anti-transglutaminasi, risultati francamente positivi (250 U/ml); la successiva EGDScopia confermava la diagnosi di celiachia tramite esame istologico dei villi. Ulteriori accertamenti evidenziavano insufficienza pancreatica esocrina, mentre anche la sintomatologia atassica risultava compatibile con il quadro celiaco (“atassia da glutine”). L’introduzione della dieta priva di glutine, associata a supplementazione di calcio e vitamina D, determinava una progressiva riduzione dei livelli di ALP e PTH e un netto miglioramento del quadro clinico complessivo.

Conclusioni: Questo caso sottolinea come la celiachia dell’adulto possa manifestarsi con un quadro severo di osteopatia metabolica e fratture patologiche, mimando patologie oncologiche o endocrine. Un approccio internistico globale e la considerazione sistematica delle cause di malassorbimento risultano fondamentali per evitare diagnosi errate e percorsi diagnostico-terapeutici inappropriati.

Title: Pathological fractures and severe metabolic bone disease as an atypical presentation of adult-onset celiac disease: a case report

Authors: Luigi Scavino, MD. Internal Medicine, Cottolengo Hospital, Turin, Italy; Bianca Salone, MD. Internal Medicine, Cottolengo Hospital, Turin, Italy.

Background: Adult-onset celiac disease may present with atypical and predominantly extraintestinal manifestations, making the diagnostic workup challenging. Among these, disorders of bone and calcium metabolism may mimic primary oncological or endocrine diseases, leading to significant diagnostic delay.

Case presentation: A 59-year-old man was admitted to the Internal Medicine Department for diagnostic evaluation following an atraumatic spontaneous clavicular fracture, associated with balance disturbances and gait instability, initially attributed to sequelae of a pontine ischemic event. Laboratory tests revealed markedly elevated alkaline phosphatase levels (ALP 2146 U/L), with no significant increase in the bone-specific fraction (BAP), and severe hypocalcemia (serum calcium 7.2 mg/dL). Multiple myeloma was initially suspected; however, further investigations (Bence Jones proteinuria, β_2 -microglobulin, and serum protein electrophoresis) were negative. Evaluation of calcium–phosphate metabolism showed severe secondary hyperparathyroidism associated with profound vitamin D deficiency (PTH 1303 pg/mL, 25-hydroxyvitamin D 7 ng/mL). Thyroid and parathyroid ultrasonography revealed a parathyroid lesion suggestive of hormone secretion, interpreted as secondary to severe calcium and vitamin D deficiency. Whole-body computed tomography demonstrated diffuse mixed-pattern bone remodeling, with pathological fractures of the clavicle and ischiopubic ramus, as well as vertebral compression fractures involving T12 and L1. Ultrasound-guided biopsy of a costal lesion was consistent with a brown tumor. In the setting of a multinutrient deficiency state (vitamin D deficiency, vitamin B12 deficiency, and iron deficiency), celiac disease screening was performed, revealing markedly positive anti–tissue transglutaminase antibodies (250 U/ml). Subsequent esophagogastroduodenoscopy with duodenal biopsy confirmed the diagnosis of celiac disease. Additional investigations revealed exocrine pancreatic insufficiency, and the ataxic symptoms were considered consistent with gluten ataxia. Initiation of a gluten-free diet, combined with calcium and vitamin D supplementation, resulted in a progressive reduction of ALP and PTH levels and a marked overall clinical improvement.

PROVIDER

FONDAZIONE FADOI
Via Felice Grossi Gondi, 49
00162 Roma
C.F. e P:iva 1049531002
R.E.A. di Roma 1236549

Segreteria Organizzativa Planning Congressi

Via Guelfa, 9
40138 Bologna
Tel. 051-300100
Fax 051-309477
a.lorusso@planning.it



Conclusions: This case highlights that adult-onset celiac disease may present with severe metabolic bone disease and pathological fractures, closely mimicking oncological or endocrine disorders. A comprehensive internal medicine approach and systematic consideration of malabsorption-related conditions are essential to avoid misdiagnosis and inappropriate diagnostic–therapeutic pathways.

Non sempre è buona la prima.. Giovanna Vesnaver

Introduction: A 76 years old male with no significant medical history was hospitalised because of diarrhea and asthenia for 5 days. He also complained of loss of appetite and weight over the last month, along with nonspecific pain in his legs and limbs. Laboratory test revealed multifactorial anemia due to folic acid and iron deficiency as well as acute kidney injury.

Description: Initial testing focused on identifying the cause of diarrhea and included stool coltures and GDH testing for *Clostridium*, both of which were negative. In addition, due to recent weight loss, the following labs were performed: TSH (normal), albumin (17 g/l), QPE (no monoclonal components), Albumin to Creatinine Ratio test (0.58 mg/mmol), serology for celiac disease (negative), fecal pancreatic elastase (38), severe exocrine pancreatic insufficiency), fecal H. pylori (positive), fecal calprotectin 993. No tumor lesion was detected on colonoscopy or TC imaging, nor was inflammatory bowel disease (IBD).

Gastroscopy revealed esophageal candidiasis, chronic antral gastropathy caused by H.Pylory and Whipple disease from the duodenal biopsies. Treatment with endovenous fluconazolo, pylera and rocefin was initiated, prescribed for a month, following 12 months treatment with bactrim (160-800 mg 1 cp every 12 hours).

Conclusions: Whipple disease is rare, so it should be considered in all patients with the four cardinal manifestations (arthralgias, diarrhea, abdominal pain, and weight loss) after more common conditions have been excluded.

PROVIDER

FONDAZIONE FADOI
Via Felice Grossi Gondi, 49
00162 Roma
C.F. e P:iva 1049531002
R.E.A. di Roma 1236549

Segreteria Organizzativa

Planning Congressi
Via Guelfa, 9
40138 Bologna
Tel. 051-300100
Fax 051-309477
a.lorusso@planning.it