

Il Covid – 19 ...può far fare una diagnosi!!

Tiziana Marcella Attardo¹, Concetta Donato¹, Alessandra Vecchiè¹, Maria Vittoria Cairati¹, Franco Compagnoni¹, Edoardo Duratorre¹, Vera Gessi¹, Paolo Gonzato¹, Federica Granziero¹, Luca Ignaccolo¹, Maria Cristina Lodato¹, Chiara Malagola¹, Giorgia Martello¹, Monia Pecchioli¹, Mara Sist¹, Matilde Tovaglieri¹, Bini Samantha¹, Flavio Tangianu², Francesco Dentali²

Tiziana Marcella Attardo (corresponding author) - tm.attardo68@gmail.com

¹ UO Medicina, Ospedale L.Confalonieri di Luino, ASST Sette Laghi, ² Dipartimento Area Medica, ASST Sette Laghi, Varese

Introduzione: Lo spettro clinico dell'iponatremia può variare da risultati di laboratorio asintomatici a condizioni gravemente sintomatiche. L'iponatremia richiede una gestione con l'obiettivo di identificarne l'eziologia e di fornire un trattamento adeguato.

Caso clinico: Paziente di 31 anni giunto a luglio di quest'anno in PS dell'Ospedale di Luino tramite 118 per comparsa di astenia associata a stato confusionale. Riferiva comparsa di raucedine e di febbre da due giorni e positività al tampone domiciliare per ricerca di SARS-CoV2. All'ingresso presentava una obiettività clinica nella norma e agli esami ematici severa iponatremia (Na 120 mmol/L) con kaliemia nei limiti (K+ 4.2 mmol/l). Nulla alla xgrafia del torace e all' EGA. In anamnesi nulla di rilevante tranne precedente accesso in PS nel 2019 per febbre e riscontro di iponatremia (Na 126 mmol/l); il dosaggio di cortisolemia e TSH erano risultati nella norma.

Il paziente veniva ricoverato presso la nostra Medicina Covid. Nulla da rilevare alla visita; normale caratterizzazione dei caratteri sessuali primari e secondari. Si impostava idratazione endovenosa con soluzione ipertonica senza correzione dell'iponatremia e persistenza dell'astenia. Ai dosaggi ormonali eseguiti riscontro di iperprolattinemia (**2776 ng/mL**, dopo trattamento con PEG non si rilevava presenza di macroprolattina) e deficit anteroipofisario completo (IGF-1 60 mcg/L; GH 0,16 mcg/L; FSH 0,5 mU/mL; LH 1,1 mU/mL; TSH 2.05; FT4 8.3 pg/mL e FT3 1.47; Testosterone totale 0.2; ACTH 10 ng/L; Cortisolo ore 08:00 38). Si avviava terapia con idrocortisone per via infusione e successivamente con cortone acetato per os con rapido miglioramento clinico e normalizzazione dei valori di natremia. Ad un colloquio successivo il paziente riferiva calo della libido da qualche tempo e deficit del campo visivo riferito come alterazione della distinzione del bianco/nero. Alla **RMN sellare** si evidenziava in sede intra-sovrassellare voluminosa lesione (mm 33 LL x 32AP x 47 CC), a margini regolari, a contenuto di segnale solido in tutte le pesature, con impregnazione contrastografica dopo mdc; in sede clivale la lesione si presentava caratterizzata da due focali aree polilobate; superiormente evidente effetto massa sul chiasma ottico, muso del III ventricolo e sistema ventricolare laterale, inferiormente nel seno sfenoidale, posteriormente non determinante inpronta sul mesencefalo-diencefalo; lateralmente a sinistra la lesione inglobava la carotide intracranica; antero-superiormente determinante dislocazione craniale dei segmenti A1. Non significativo shift della linea mediana; volumetria ventricolare complessiva nella norma, senza segni di riassorbimento transependimale di liquor. Si concludeva per reperti RM compatibili con macroadenoma, non escludibile l'ipotesi di craniofaringioma. Alla campimetria visiva riscontro di difetto relativo nel quadrante superotemporale a carico dell'OD; a carico dell' OS, difetto nel quadrante supero - nasale. Il Neurochirurgo non ha posto indicazione chirurgica. Il paziente ha iniziato terapia con cabergolina e, a distanza di due settimane dall'inizio della terapia sostitutiva steroidea, con Levotiroxina sodica a basse dosi. Al controllo ambulatoriale dopo 20 giorni il paziente riferiva benessere clinico; agli esami di controllo elettroliti nei limiti, netta riduzione della prolattina (887 ng/mL); FT4 7.5 pg/mL, TSH 1.370 uU/mL. Il paziente è in attuale follow - up; alla campimetria visiva di controllo a 2 mesi dall'inizio della terapia completa normalizzazione del campo visivo. Eseguirà RMN sellare di controllo nei prossimi mesi, a seguito del quale il neurochirurgo si è riservato di rivalutare il paziente.



Conclusioni: la presentazione clinica degli adenomi ipofisari varia dall'essere asintomatici a manifestazioni legati a deficit parziali o completi secretori ipofisari e/o all'effetto massa sulle strutture vicinarie.

Take home messages: la pandemia da Covid 19 è stata, nel caso descritto, occasione per porre diagnosi (e non causa di ritardo diagnostico-terapeutico come solitamente è avvenuto).

Si ringrazia tutto lo staff della UO di Medicina Ospedale di Luino per l'impegno di ogni giorno