

MMG

ENCICLO PEDIA



Enciclopedia dei Concorsi **MMG2017-2018-2019-2020-2021-2022**
con il commento di tutte le domande



Enciclopedia dei Concorsi MMG2017-2018-2019-2020-2021-2022 con il commento di tutte le domande

I risultati e le informazioni forniti in questa sezione non rivestono carattere di ufficialità, pertanto devono intendersi a titolo indicativo ed esemplificativo. Si invita il Lettore a verificare in ogni caso i risultati, nonché vagliare che la peculiare fattispecie analizzata nel caso proposto sia riconducibile alle Linee Guida del concorso, genericamente considerato per la formulazione delle previsioni richieste attraverso le informazioni qui consultabili, atteso che le risposte indicate e i commenti alle domande fanno riferimento alle Linee Guida dell'anno del concorso.

ISBN

9788833411965

DEPOSITO LEGALE

Come per Legge

ACCADEMIA ITALIANA MEDICI SPECIALIZZANDI S.R.L.

Via Ettore Carafa, 57
70124 - Bari (Ba) - Italia
P.IVA: 07625410720
www.accademiamedici.it
info@accademiamedici.it

PROGETTO GRAFICO

Marika Perazzetti

IMPAGINAZIONE

Marika Perazzetti, Susanna Matricardi

STAMPA

Finito di stampare ad maggio 2023

Stampato da:

È vietata qualsiasi riproduzione, anche parziale, di quest'opera.

Qualsiasi copia o riproduzione effettuata con qualsiasi procedimento (fotografia, microfilm, nastro magnetico, disco o altro) costituisce una contraffazione passibile delle pene previste dalla legge sulla tutela dei diritti d'autore.

La protezione dei diritti d'autore si estende sia ai contenuti redazionali della pubblicazione sia alla grafica, alle illustrazioni e alle fotografie della stessa: ne è, pertanto, vietata la riproduzione totale o parziale senza il consenso del titolare dei diritti d'autore.

La traduzione, l'adattamento totale o parziale, la riproduzione con qualsiasi mezzo (compresi i microfilm, i film, le fotocopie, etc.), nonché la memorizzazione elettronica, sono riservati per tutti i paesi.

DIREZIONE EDITORIALE

Mancini Antonio	Department of Interdisciplinary Medicine (D.I.M.), Università di Bari Aldo Moro, Bari. IT
Maggiore Maria Elena	Department of Interdisciplinary Medicine (D.I.M.), Università di Bari Aldo Moro, Bari. IT
Mele Alfonso	OMCeO Cosenza, Cosenza. IT
Mastroleo Federico	IEO - Istituto Europeo di Oncologia, Milano. IT

AUTORI

Vitale Giovanni	Università degli studi di Napoli "Federico II", Napoli. IT
Vergara Andrea	Università degli studi della Campania "Luigi Vanvitelli", Napoli. IT
Vitulli Francesca	Università degli studi di Napoli "Federico II", Napoli. IT
Dinando Giulio	Università degli studi della Campania "Luigi Vanvitelli", Napoli. IT
Grabowska Adrianna	Ospedale "SPWSZ", Szczecin. PL
Manoccio Carla	Ospedale "Di Venere", Bari. IT
Lamanna Cesare	Ospedale "San Paolo", Bari. IT
Denora Domenica Annamaria	Ospedale "Di Venere", Bari. IT
Fortuna Fabiana	Ospedale "Di Venere", Bari. IT
Acquaviva Federico	Ospedale "San Paolo", Bari. IT
Carrieri Fernanda	Ospedale "Di Venere", Bari. IT
Rossiello Ignazio	Ospedale "S. Giacomo", Monopoli (BA). IT
Notaristefano Ilaria	Ospedale "Di Venere", Bari. IT
Bonelli Manuel	Ospedale "S. Giacomo" Monopoli (BA). IT
Bordinone Marco Antonio	UOC di Oftalmologia, Azienda Ospedaliera Policlinico Consorziato, Bari. IT
Fiore Maria Amelia	Ospedale "Di Venere", Bari. IT
Gaudio Maria Bruna	Ospedale "Di Venere", Bari. IT
Gómez Infante Marta	UO di Chirurgia Generale, Hospital Universitario "Reina Sofía", Córdoba. ES
Fasano Stefano	Ospedale "Di Venere", Bari. IT
Mele Valeria	Ospedale "San Paolo", Bari. IT
Cinquepalmi Vito	Ospedale "Di Venere", Bari. IT
Cecere Annagrazia	Policlinico di Bari, Bari. IT
Porro Giuseppe	Policlinico di Bari, Bari. IT
Cetera Rosa	Policlinico di Bari, Bari. IT
Sifanno Gianfranco	Ospedale "Di Venere", Bari. IT
Fullone Floriana	ASL Brindisi, Brindisi. IT
Quarta Raffaele	ASL Brindisi, Brindisi. IT
Saracino Marco	ASL Brindisi, Brindisi. IT
Semeraro Luciano	ASL Brindisi, Brindisi. IT
Crapisi Angelo	Azienda USL di Piacenza, Piacenza. IT
Tucci Salvatore	Azienda Ospedaliera Universitaria, Ospedali Riuniti di Foggia, Foggia. IT
Criscione Enrico	Division of Cardiology, Centro Alte Specialità e Trapianti (C.A.S.T.), A.O.U. Policlinico G. Rodolico - San Marco, Catania. IT
Celsa Ciro	Università di Palermo, Palermo. IT
Binello Nicolò	London School of Hygiene and Tropical Medicine, London. UK
Leonardi Giuseppe	UOC Nefrologia e Dialisi ASL Brindisi, Brindisi. IT

Mazzella Marco	Università degli Studi di Napoli Federico II, Napoli. IT
Romoli Michele	Ospedale Maggiore, Bologna. IT
Palombi Edoardo	Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Umberto I Roma, Roma. IT
Grosso Antonio	Ospedale Careggi, Dipartimento di Urologia. Università degli Studi di Firenze, Firenze. IT
Meccia Donato Vito	U.O. Radiologia, Ospedale della Misericordia, Grosseto. IT
Sbisà Paola	Azienda Ospedaliera Universitaria Consorziale Policlinico di Bari, Bari. IT
Verni Diletta	Azienda Ospedaliera Universitaria Consorziale Policlinico di Bari, Bari. IT
Marino Annalisa	Università Campus Biomedico di Roma, Roma. IT
Saccone Luca	Campus Bio-Medico, Roma. IT
Leta Luigi Carmine	UOC Oncologia Medica Università di Verona, Verona. IT
Filippello Giulia	Università di Catania, Catania. IT
Barillà Giovanni	Azienda ospedaliero-universitaria Senese di Santa Maria alle Scotte, Siena. IT
Nasillo Vincenzo	Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena, Modena. IT
Mastroleo Federico	A.O.U. Ospedale Maggiore della Carità, Novara. IT
Romozzi Marina	UOC Neurologia, Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli IRCCS, Roma - Dipartimento Universitario di Neuroscienze, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma. IT
Meschi Claudia	Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana - UO Pneumologia, Pisa. IT
Egiddi Silvia	Endocrinologia e Diabetologia, Università Campus-Biomedico di Roma, Roma. IT
Andresciani Flavio	Fondazione Policlinico Campus Bio-medico di Roma, Roma. IT
Barchi Alberto	Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva, IRCCS San Raffaele Hospital, Milano. IT
Scalia Lorenzo	Centro Alte Specialità e Trapianti (CAST), Policlinico G. Rodolico - San Marco, Università di Catania, Catania. IT
Facco Matteo	Clinica Urologica, Azienda Ospedale-Università degli Studi di Padova, Padova. IT
Raccagni Angelo Roberto	Università Vita-Salute San Raffaele, Milano. IT
Giotta Massimo	Statistica Sanitaria e Biometria Dipartimento di Scienze Biomediche ed Oncologia Umana Università degli Studi di Bari Aldo Moro, Bari. IT
Giurazza Roberto	Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli", Azienda Ospedaliera dei Colli Ospedale Monaldi, Napoli, UOC Anestesia e TIPO, Napoli. IT
Giorgino Riccardo	IRCCS Istituto Ortopedico Galeazzi, Milano. IT
Donzelli Livia	Dipartimento di Medicina Traslationale e di Precisione Sezione di Ematologia Sapienza Università di Roma, Roma. IT
Magnaterra Elisabetta	Dipartimento di Scienze della Salute, Sezione di Dermatologia, Università di Firenze, Firenze. IT
Angellotti Giustina	A.O.U. Policlinico di Bari, Bari. IT
Recupero Michi	Presidio di Brindisi "Di Summa - Perrino", Brindisi. IT
Aguzzi Alberto	IRCCS Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna. IT
Ambrosio Luca	UOC di Ortopedia e Traumatologia, Fondazione Policlinico Universitario Campus Bio-Medico, Roma. IT
Diana Alfredo	AOU Federico II, Napoli. IT
Tralongo Pietro	Policlinico Gemelli, Roma - Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma. IT
Coco Celeste	Scuola di Medicina Università degli Studi di Bari A. Moro, Bari. IT

SOMMARIO

Esame commentato MMG17	Pag. 6
Esame commentato MMG18	Pag. 52
Esame commentato MMG19	Pag. 100
Esame commentato MMG20	Pag. 152
Esame commentato MMG21	Pag. 201
Esame commentato MMG22	Pag. 251

ESAME COMMENTATO MMG 17

Domanda 1:

In quale dei seguenti casi non è controindicato l'uso della digossina?

- A. Fibrillazione atriale
- B. Blocco atrioventricolare di II grado
- C. Tachicardia ventricolare
- D. Fibrillazione ventricolare
- E. Ipersensibilità al principio attivo

Risposta corretta: A

La digossina è un farmaco ad azione cronotropa negativa (riduce la frequenza cardiaca) ed inotropa positiva (incrementa la forza di contrazione cardiaca). In considerazione di tale meccanismo d'azione la digossina può essere efficacemente adoperata come terapia di controllo della frequenza cardiaca nel paziente con fibrillazione atriale e scompenso cardiaco, in modo tale da sfruttare l'effetto inotropo positivo del farmaco (risposta A corretta).

Tutte le altre opzioni di risposta costituiscono chiare controindicazioni alla somministrazione del farmaco. L'ipersensibilità al principio attivo ne rappresenta una logica controindicazione (risposta E errata). Il blocco atrioventricolare di II grado potrebbe peggiorare con un farmaco ad azione cronotropa negativa (risposta B errata). Le aritmie ventricolari maligne, come tachicardia e fibrillazione ventricolare, possono essere complicanze che si verificano in caso di intossicazione digitalica (risposte C e D errate).

Domanda 2:

Una ragazza di 22 anni si presenta in pronto soccorso lamentando dispnea e dolore toracico; riferisce inoltre edema all'arto inferiore destro da una settimana ed assume estro-progestinici da circa un anno. Qual è la prima ipotesi diagnostica?

- A. Crisi asmatica
- B. Infarto miocardico acuto
- C. Polmonite da germi atipici
- D. Embolia polmonare
- E. Riacutizzazione di bronchite cronica

Risposta corretta: D

L'insorgenza di dispnea acuta deve sempre indurre il sospetto di embolia polmonare (risposta D corretta). Ad avvalorare tale sospetto diagnostico è il riscontro di gonfiore all'arto inferiore in una donna che assume terapia estro-progestinica da circa un anno. L'embolia polmonare non viene più considerata come una patologia isolata ma come entità nosologica costitutiva del quadro di "malattia tromboembolica polmonare" che comprende l'embolia polmonare e la trombosi venosa profonda, come due facce della stessa medaglia. Il sesso femminile e l'assunzione di farmaci estro-progestinici, alterando questi ultimi la normale omeostasi endoteliale, rappresentano importanti fattori di rischio per l'insorgenza di trombosi venosa profonda.

La polmonite da germi atipici e la riacutizzazione di bronchite cronica possono essere agevolmente escluse poiché non sono descritti segni di flogosi e di infezione sistemica; così come l'assenza di un'obiettività clinica di ostruzione bronchiale consente di escludere la diagnosi di crisi asmatica (risposte A, C ed E errate). Peraltro è inverosimile che un dolore toracico in una donna giovane, senza fattori di rischio cardiovascolari fatta eccezione per la terapia estro-progestinica, possa essere attribuito ad un infarto miocardico acuto in assenza di ulteriori elementi a supporto di tale diagnosi (risposta B errata).

Domanda 3:

Quale dei seguenti muscoli fa parte della cuffia dei rotatori?

- A. Tricipite brachiale
- B. Trapezio
- C. Deltoide
- D. Coraco-brachiale
- E. Sovraspinato

Risposta corretta: E

La cuffia dei rotatori è un complesso muscolo-tendineo che ha l'obiettivo di stabilizzare la spalla impedendo la fuoriuscita della testa omerale dalla cavità glenoidea.

La cuffia dei rotatori è costituita da quattro muscoli:

1. Muscolo sovraspinato superiormente (risposta E corretta)
2. Muscolo sottoscapolare anteriormente
3. Muscolo sottospinato posteriormente
4. Muscolo piccolo rotondo posteriormente.

Il muscolo coraco-brachiale ed il muscolo tricipite brachiale sono muscoli del braccio, rispettivamente della loggia anteriore e posteriore del braccio (risposta A e D errate). Il muscolo trapezio ed il muscolo deltoide sono muscoli della spalla (risposte B e C errate).

Domanda 4:

Quale tra i seguenti trattamenti è indicato nell'encefalopatia epatica?

- A. Supplementazione con zinco
- B. Lattulosio
- C. Dieta iperproteica
- D. Antibiotici sistemici
- E. Dosi generose di soluzione glucosata

Risposta corretta: B

L'obiettivo cardine nel trattamento dell'encefalopatia epatica risiede nell'eliminazione dei fattori scatenanti. Per questo motivo è fondamentale la somministrazione di:

- Lassativi osmotici, come lattulosio (risposta B corretta), al fine di ridurre l'assorbimento di ammoniaca.
- Antibiotici ad azione intestinale per modificare la flora batterica (risposta D errata).
- Aminoacidi a catena ramificata al fine di riequilibrare il rapporto con gli aminoacidi a catena aromatica, incrementati nell'encefalopatia epatica e responsabili della genesi di falsi neurotrasmettitori (risposta C errata) a cui può essere aggiunta soluzione glucosata (risposta E errata).

La supplementazione con zinco non ha alcun razionale in questo setting clinico (risposta A errata).

Domanda 5:

Nel corso di una normale gravidanza il fabbisogno giornaliero di folati è aumentato. La supplementazione di acido folico in epoca preconcezionale e in gravidanza trova indicazione per:

- A. Prevenire la malattia emolitica del neonato
- B. Prevenire la malformazione del tubo digerente
- C. Ridurre l'astenia materna
- D. Prevenire i difetti del tubo neuronale
- E. Prevenire le infezioni dei patogeni del gruppo TORCH

Risposta corretta: D

L'acido folico è una vitamina idrosolubile del gruppo B; normalmente non viene prodotto dall'organismo ma deve essere assunto con l'alimentazione considerando che il fabbisogno quotidiano in condizioni normali è di circa 0.2 mg. Durante la gravidanza il fabbisogno di acido folico raddoppia a 0.4 mg poiché il feto utilizza le riserve materne. Una carenza di acido folico durante le prime fasi della gestazione aumenta in modo considerevole il rischio di malformazioni fetali, soprattutto quelle a carico del tubo neurale, ossia quelle caratterizzate da un'anomala chiusura del tubo neurale durante la quarta settimana di sviluppo embrionale (risposta D corretta). Per prevenire tale evenienza, infrequente ma non trascurabile in virtù delle importanti sequele cliniche, ogni donna dovrebbe assumere, sin dal mese prima del concepimento e per tutto il primo trimestre di gravidanza, 0.4 mg di acido folico, corrispondente a circa il 65% del fabbisogno giornaliero della gestante.

Domanda 6:

Quale tra i seguenti non è un sintomo tipico della menopausa?

- A. Dimagrimento
- B. Modificazione del tono dell'umore
- C. Insonnia
- D. Atrofia vulvo-vaginale
- E. Vampate di calore

Risposta corretta: A

La fisiologica cessazione della fertilità e del ciclo mestruale nella donna (menopausa) può accompagnarsi ad un corteo sintomatologico molto caratteristico legato al nuovo equilibrio ormonale. I sintomi più frequenti legati alla menopausa sono: vampate di calore (risposta E errata), sudorazione notturne, artralgie e dolori muscolari, cefalea, irritabilità, ansia, depressione del tono dell'umore (risposta B errata), atrofia vulvo-vaginale (risposta D errata), calo della libido, insonnia (risposta C errata), osteoporosi, secchezza di pelle e capelli ed incremento ponderale.

Alla luce di queste caratteristiche il dimagrimento non rappresenta un sintomo tipico della menopausa (risposta A corretta) proprio perché in questo particolare periodo della vita della donna le alterazioni ormonali (in particolare la caduta degli estrogeni), unitamente ad un fisiologico rallentamento del metabolismo, facilitano l'incremento ponderale.

Domanda 7:

Tutte le seguenti condizioni possono determinare un aumento della troponina sierica con l'eccezione di:

- A. Scompenso cardiaco congestizio
- B. Polmonite
- C. Miocardite
- D. Infarto miocardico
- E. Embolia polmonare

Risposta corretta: B

La troponina è un enzima di miocardionecrosi ed il suo riscontro nel plasma indica una necrosi miocardica. Tuttavia non sempre il rilievo plasmatico di troponina è indice di infarto miocardico acuto. Secondo la quarta definizione universale di infarto miocardico recentemente pubblicata (2018), infatti, è necessario il rialzo e la discesa di un enzima di miocardionecrosi (troponina) associato a clinica suggestiva di ischemia per poter parlare di infarto miocardico acuto (risposta D errata). In tutti i restanti casi in cui il rilievo plasmatico della troponina non disegna "una curva" (con rialzo e discesa) e non si associa a clinica di ischemia si parla di danno miocardico, ossia di rialzo dei valori di troponina in circolo non legati ad infarto miocardico acuto.

Le condizioni che possono associarsi a danno miocardico possono essere di origine:

- Cardiaca: chirurgia cardiaca, scompenso cardiaco (risposta A errata), dissezione aortica, cardiomiopatia ipertrofica, sindrome di Tako-Tsubo, crisi ipertensiva, tachiaritmia, bradiaritmia, miocardite (risposta C errata), cardiotossicità da farmaci o da sostanze, ecc.
- Non cardiaca: disturbo di circolo cerebrale, embolia polmonare (risposta E errata), insufficienza renale, ipotiroidismo, insufficienza respiratoria, sepsi, rabdomiolisi, ustione, ecc.

La domanda del quiz chiede quale condizione non si associ ad incremento della troponina, motivo per cui possiamo agevolmente indicare come risposta esatta la polmonite (risposta B corretta). In realtà anche la polmonite in un paziente particolarmente critico potrebbe associarsi ad un rialzo della troponina circolante, ma fisiologicamente un addensamento polmonare non provoca un incremento della troponina.

Domanda 8:

Quali sono le manifestazioni di esordio abituali dell'amiloidosi renale?

- A. Oliguria
- B. Microematuria e microalbuminuria
- C. Proteinuria, ipoalbuminemia, edemi
- D. Necrosi papillare
- E. Dolore in loggia renale

Risposta corretta: C

L'amiloidosi renale è una patologia ad eziologia sconosciuta caratterizzata dal deposito extracellulare di proteina dalla struttura fibrillare che provoca alterazioni diverse a seconda dell'organo colpito. Il rene è l'organo che viene colpito più di frequente e il suo coinvolgimento rappresenta la prima causa di morte. Si dovrà sospettare un suo coinvolgimento in presenza di epatosplenomegalia, proteinuria, sindrome nefrosica (ipoalbuminemia ed edemi), nonché un moderato incremento di fosfatasi alcalina e di gamma GT (risposta C corretta).