

I POSTER DEGLI SPECIALIZZANDI

**GRANDI CLASSICI MAI FUORI MODA:
COARTAZIONE AORTICA E POLSI FEMORALI**

Giulia Caddeo

Scuola di Specializzazione in Pediatria, Università di Trieste

Indirizzo per corrispondenza: g.caddeo88@gmail.com

Lorenzo è un lattante di 36 giorni di vita alle prese con il suo primo accesso in Pronto Soccorso (PS). Giunge alla nostra osservazione perché, dopo un episodio di vomito, è diventato improvvisamente iporeattivo, piange flebilmente e ha un colorito “grigiastro” della cute. Qualche episodio di vomito, frammisto agli abituali rigurgiti, si era manifestato anche il giorno precedente. Lorenzo è nato a termine da parto vaginale spontaneo, di peso adeguato, perinatalità e crescita finora regolari. Nella sua storia, seppur breve, non sono individuabili fattori di rischio, fatta eccezione per una lieve rinite materna negli ultimi giorni. A una prima valutazione appare pallido, iporeattivo, con respiro appoggiato ma sO_2 98-100% in aria ambiente, refill < 2 secondi, obiettività auscultatoria cardio-toracica e addominale nella norma. Le prime manovre infermieristiche sono sufficienti a determinarne una rapida ripresa, con miglioramento di reattività, tono e colorito; il respiro permane tuttavia appoggiato.

Pensando in prima battuta a un’infezione respiratoria vengono eseguiti esami ematici (emocromo nella norma con PCR e PCT negative), emogasanalisi (acidosi metabolica, normalizzata dopo alcune ore), esame urine (nella norma), ECG (negativo) ed Rx torace (modesta accentuazione della trama broncovasale e possibile addensamento parenchimale medio-basale destro). Alla luce del quadro clinico si decide di avviare duplice terapia antibiotica. Il giorno successivo, dopo un’iniziale stabilizzazione, si assiste a un graduale peggioramento della dinamica

respiratoria, con comparsa di una franca polidispnea in-gravescente, accompagnata da un dato contrastante di sO_2 sempre ottimali.

È con una diversa consapevolezza che viene a questo punto ripetuta la ricerca dei polsi femorali, che risultano non palpabili; le pressioni differenziali evidenziano valori discrepanti tra gli arti superiori e inferiori (110/60 mmHg AASS, 60/40 mmHg AAIL) e, nel sospetto di coartazione aortica, viene richiesto ecocardiogramma, che conferma il quadro. Il bambino viene quindi trasferito d’urgenza al Centro di riferimento.

La **coartazione aortica** rappresenta il 5-7% dei difetti cardiaci congeniti. Il caso di Lorenzo, nella sua apparente semplicità, non aggiunge forse nulla alle nostre conoscenze teoriche sull’argomento, ma ci ricorda che questa anomalia può diventare manifesta a qualsiasi (ma proprio qualsiasi) età, che nelle forme precoci l’Rx torace può essere assolutamente aspecifico e che la negatività dell’ECG rappresenta la norma e non deve essere falsamente rassicurante, così come non dovrebbe esserlo la negatività dei test di screening (pulsosimetria) effettuati alla dimissione dal Nido. Inoltre, vuole anche lasciarci un messaggio molto pratico: se è vero che dovremmo imparare a svincolarci il più possibile dai saturimetri, un distress respiratorio acuto clinicamente pronunciato con sO_2 che si mantengono stabilmente buone “puzza di cuore”.