

## CASI INDIMENTICABILI in Pediatria ambulatoriale

*Storia di un corpo estraneo nelle vie respiratorie, che era anche un veleno, e dell'acutezza clinica di una mamma.*

### L'INDIMENTICABILE CASO DEL PICCOLO ESPLORATORE E DELLA MAMMA INVESTIGATRICE

*Rossella Semenzato, Francesca Maschio, Michela Chirico  
UO di Pediatria, Ospedale Umberto I, Mestre*

**Pietro** è un bambino di 2 anni alquanto vivace e curioso, quinto di cinque fratelli, ha sempre goduto di buona salute e fino a quel momento non ha mai avuto bisogno di valutazioni presso il nostro ospedale.

Giungeva al Pronto Soccorso al termine di una soleggiata mattina di primavera, accompagnato dalla mamma. Alla prima "occhiata" appariva in perfetto benessere e non presentava alcuna sintomatologia di rilievo eccetto alcune petecchie al volto. La madre riferiva che, all'incirca un'ora prima, era rimasto da solo per pochi minuti in giardino e la nonna lo aveva trovato con la bocca aperta e il volto cianotico "come se stesse soffocando". In pochi minuti, dopo alcuni colpi di tosse e numerosi conati di vomito, la sintomatologia si risolveva con l'emissione di un vomito di materiale mucoso-salivare con qualche striatura di sangue rosso vivo, ma senza evidenza di corpi estranei. Al termine della crisi erano state notate petecchie al volto senza altra sintomatologia particolare; non erano stati evidenziati edema labiale o al volto né persistenza della tosse. La madre raccontava che Pietro, come molti bambini della sua età, tendeva a mettere in bocca qualsiasi cosa e che nel giardino c'erano piante, fiori di vario tipo, ghiaino e altri piccoli oggetti, che avrebbero potuto facilmente attirare l'attenzione del suo piccolo esploratore. Alla visita pediatrica il bambino si presentava in buone condizioni generali, roseo, eupnoico; l'ispezione dell'orofaringe era negativa, l'ingresso aereo al torace era simmetrico con assenza di rumori patologici. In sostanza l'obiettività generale risultava completamente negativa ad eccezione delle petecchie al volto, probabile segnale dello sforzo dovuto alla tosse e ai conati. A questo punto quali ipotesi diagnostiche formulare e come proseguire nelle indagini? Poteva essersi trattato di reazione allergica caratterizzata da crisi di apnea per edema della glottide, ma contro questa ipotesi vi erano non solo la modalità di risoluzione della sintomatologia (dopo il vomito) e la rapidità di risoluzione, ma soprattutto la mancanza dei sintomi suggestivi di allergia quali l'edema labiale o al volto, il broncospasmo o l'orticaria.

Poteva, con maggior probabilità, essersi trattato di inalazione di corpo estraneo nelle alte vie respiratorie, con rapida risoluzione dei sintomi dopo vomito. Ma il corpo estraneo inalato non era stato espulso! Poteva essere stato inalato nelle basse vie respiratorie ma il bambino aveva presentato pochi colpi di tosse e a rapido esaurimento. Poteva essere stato ingerito e in questo caso che fare se non attendere eventualmente l'evoluzione dei sintomi e controllare le feci?

Nel sospetto di inalazione di corpo estraneo decidiamo di sottoporre Pietro a una radiografia del torace-addome con successivo esame radioscopico toracico alla ricerca di eventuali segni diretti o indiretti di inalazione e/o ingestione di corpo estraneo, ma gli accertamenti risultano negativi.

Decidiamo di tenere il bambino alcune ore in osservazione, ma la totale assenza di sintomatologia respiratoria e il completo benessere del bambino ci spingono a sostenere l'ipotesi di una probabile ingestione di corpo estraneo: rinviamo quindi il bambino a domicilio, raccomandando di osservare le feci e di riportare il piccolo alla nostra osservazione in caso di novità.

Il pomeriggio seguente la madre riporta Pietro presso il nostro reparto. Ella riferisce che, dopo il ritorno a casa, il piccolo era stato

del tutto asintomatico fino al mattino successivo all'accaduto, quando, dopo il risveglio, aveva presentato alcuni episodi di vomito con qualche striatura ematica, con successiva scialorrea e difficoltà ad assumere i cibi solidi. Alla seconda visita Pietro si presenta eupnoico e in buone condizioni generali; l'ispezione dell'orofaringe e l'obiettività toracica risultavano negative, ma la presenza di scialorrea ci induce all'invio rapido del piccolo al centro sanitario di terzo livello per l'esecuzione urgente di una endoscopia delle vie aeree.

L'esame endoscopico ha evidenziato la presenza di un corpo estraneo in orofaringe, dietro il palato molle, compatibile con "piccolo rametto di pianta". Dopo l'estrazione del corpo estraneo venivano eseguite terapia antibiotica e terapia antinfiammatoria steroidea per via endovenosa, dal momento che l'estrazione era stata difficoltosa sia per la sede che per la conformazione delle foglie della pianta e dal momento che la mucosa orale adiacente al corpo estraneo appariva molto irritata; veniva quindi dimesso dopo 48 ore.

Il rametto veniva riconosciuto dalla madre di Pietro appartenente a una *Juniperus sabina*, una delle tante piante ornamentali presenti nel giardino della nonna. Ma la storia non finisce qui.

Dalla dimissione del centro di terzo livello Pietro presenta alcune scariche diarroiche con comparsa di dermatite in sede di pannolino. Dopo due giorni di alvo diarroico la mamma aveva notato inoltre alcune chiazze color rosso vivo sul panno, per cui decideva di riportare Pietro alla nostra osservazione. L'ipotesi diagnostica che formuliamo è di una dermatite ai genitali e glutei, conseguente alla sintomatologia enteritica da causa virale o da terapia antibiotica e quindi consigliamo un trattamento locale per dermatite da pannolino.

Ben otto giorni dopo la prima visita in Pronto Soccorso, quando ormai Pietro stava proprio bene, l'alvo si era regolarizzato e la dermatite risolta, la mamma ci richiamava al telefono comunicandoci che, dopo aver consultato il libro di botanica dell'amico farmacista, "aveva scoperto" la tossicità della pianta ingerita da Pietro!

Anche noi, ma ahimè un po' tardi, consultiamo il libro di tossicologia e internet: "*Juniperus sabina*, pianta velenosa e tossica..." possibile irritante per cute e mucose, può dare irritazione gastroenterica, tossicità renale, paralisi e coma<sup>12</sup>.

In conclusione, ora vi sono tutti gli elementi per ricostruire ed elaborare la probabile dinamica della storia: Pietro aveva ingerito il rametto di pianta tossica e in un primo momento aveva avuto solo sintomi di ostruzione alle alte vie respiratorie, sintomatologia risolta dopo la tosse e il vomito per la probabile dislocazione del corpo estraneo in sede gastrica o in orofaringe. Solo dopo un intervallo libero da sintomi di quasi 24 ore il bambino ha cominciato a presentare vomiti da probabile irritabilità gastrointestinale e scialorrea dovuta al rametto nuovamente dislocato dalla sede gastrica all'orofaringe con i vomiti del giorno successivo, oppure sintomo di irritazione della mucosa orofaringea, provocato dal rametto solo dopo un certo tempo dal contatto con le mucose.

Il bambino nei due giorni successivi all'ingestione della sostanza tossica aveva presentato sintomi di irritabilità gastrointestinale (diarrea) e dermatite ai genitali, compatibili con tossicità da ingestione di *Juniperus sabina*. Pietro ha eseguito anche gli accertamenti per la valutazione della funzionalità renale ed epatica, risultati nella norma. Il piccolo esploratore se l'è cavata bene e la mamma, bravissima investigatrice, ha dato un contributo determinante a risolvere il caso brillantemente.

Il caso presentato ci porta a fare delle doverose riflessioni.

Quando vi è storia suggestiva per inalazione di corpo estraneo è

## CASI INDIMENTICABILI in Pediatria ambulatoriale

necessario eseguire sempre l'indagine endoscopica delle vie aeree perché l'obiettività e le indagini radiologiche non escludono l'inalazione, anche se ciò comporta la necessità di inviare il paziente a un terzo livello in pieno benessere. E ricordiamoci che la valutazione ORL nelle storie di crisi da soffocamento è sempre necessaria!<sup>3,6</sup>

È importante non fermarsi alla prima ipotesi, ma eseguire sempre un'analisi attenta della storia, della dinamica dei fatti e dell'ambiente in cui si svolge, senza sottovalutare segni e sintomi e la loro correlazione.

È necessario ricordare che le mamme vanno sempre ascoltate e che possono essere più brave dei pediatri (e che talvolta anche il contributo del farmacista non guasta). Pensiamo infine che la medicina è strettamente legata all'ambiente in cui viviamo, e quindi può essere necessario consultare anche i botanici, zoologi, geologi... perché i corpi estranei che circondano noi e i nostri bambini sono di tanti tipi...

### Bibliografia

1. Intossicazioni acute: meccanismi diagnosi e terapia, seconda edizione. Bozza-Marrubini, Ghezzi Laurenzi, Uccelli, Cap. 14; pag 1078.
2. Accademia di Fitomedicina e Scienze Naturali. <http://www.afisina.com/fitomedicina/plsvetope/spls.html>.
3. Dunn GR, Wardrop P, Lo S, Cowan DL. Management of suspected foreign body aspiration in children. Clin Otolaryngol 2004;29(3):286.
4. Fontoba JEB, Gutierrez C, Lluna J, et al. Bronchial foreign body: should bronchoscopy be performed in patient with a choking crisis? Pediatric Surgery Int 1997;12(2-3):118-20.
5. Foreign body aspiration in children. Surg Endosc 2000;14 (7):644-8.
6. Martinot A, Marquette CH, Ramon P, Leclerc F. Foreign body aspiration in childhood: management algorithm. Eur J Emerg Med 2000; 7(2):163-5.



ACP  
UMBRIA

MEDICO  
E BAMBINO

## LE NUOVE GIORNATE PERUGINE DI PEDIATRIA

Perugia, 16-17 settembre 2005 - Collegio ONAOSI, Sala del Teatro

### Venerdì 16 settembre

- 15.00-16.00 **Highlights in Infettivologia**  
(dall'ORL in giù...) (F. Marchetti)  
con il caso dello specialista e la discussione
- 16.00-16.20 **Il caso della dott.ssa L. Sebastiani**  
commentato dall'esperto
- 16.20-16.40 **Il caso del dott. M. Capitoli**  
commentato dall'esperto
- 16.40-17.15 **Un farmaco "ai raggi X":  
il fegato visto attraverso l'acido urso-desossicolico**  
(G. Maggiore)
- 17.45-19.00 **Gruppi di lavoro**  
Con il chirurgo (J. Schleaf)  
Con l'endocrinologo (M. Maghnie)  
Con l'infettivologo (F. Marchetti)  
Con l'epatologo (G. Maggiore)

### Sabato 17 settembre

- 9.00-10.00 **Highlights in Medicina Legale** (P. Benciolini)  
con il caso dello specialista e discussione
- 10.00-10.20 **Il caso del dott. F. Fusco**  
commentato dall'esperto

- 10.20-10.40 **Il caso del dott. S. Bianchi**  
commentato dall'esperto
- 10.40-11.15 **Ultime notizie dalla Società di...** (A. Ventura)
- 11.45-13.00 **Gruppi di lavoro**  
Con il medico legale (P. Benciolini)  
Con il gastroenterologo (A. Ventura)  
Con l'oculista (R. Frosini)  
Con l'esperto di vaccinazioni (G. Bartolozzi)
- 15.00-16.00 **Highlights in Medicina d'Urgenza** (E. Barbi)  
con il caso dello specialista e discussione
- 16.00-16.20 **Il caso del dott. B. Amoroso**  
commentato dall'esperto
- 16.20-16.40 **Il caso del dott. G. Troianiello**  
commentato dall'esperto
- 17.15-18.45 **Una ora e mezza (o anche di più...) di novità e  
discussione con il prof. F. Panizon**

All'evento sono stati assegnati  
**6 crediti formativi ECM**

SEGRETERIA SCIENTIFICA: E. Barbi, S. Bianchi, F. Marchetti, F. Panizon,  
F. Passalacqua, L. Sebastiani, G. Troianiello, A. Ventura

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA: Quickline sas



via S. Caterina da Siena 3 - 34122 TRIESTE  
Tel. 040 773737-363586; Fax 040 7606590;  
e-mail: congressi@quickline.it; <http://www.quickline.it>