

Brevi, semplici, istruttivi, quasi indimenticabili.

L'UOMO DAL FIORE IN BOCCA E ALTRE STORIE

A. Lambertini, F.A. Stella
Unità Operativa di Pediatria
Ospedale Maggiore - Azienda USL di Bologna

Ebbene sì, ammettiamolo: ci offendiamo! Sì, il pediatra coi capelli grigi è ancora un po' tuttologo, il pediatra coi capelli grigi è un po' tante cose, ma in particolare è un po' pneumologo, un po' infettivologo. È cresciuto in un'epoca di declino delle malattie infettive, ma i suoi maestri hanno invece navigato sicuri in un mare di patologie infettive (la difterite! le meningiti tubercolari! la streptomycin!) e un minimo di trasmissione ereditaria c'è stata.

E pertanto ci offendiamo se qualcuno, in ospedale, suggerisce di chiedere una consulenza infettivologica per una febbre persistente dalle cause poco chiare, o una consulenza pneumologica per una broncopneumonia di quelle un po' difficili, di quelle a lenta risoluzione...

Ma in quel febbraio avevamo dovuto far ricorso già due volte all'aiuto del pneumologo. Sì, perché puoi fare il pediatra-snob finché ti pare, non hai bisogno di nessuno per curare le polmoniti e ti vuoi arrangiare da solo con gli empiemi pleurici, ma con la broncoscopia come la mettiamo?

Infatti, il 7 di quel mese di febbraio era arrivato in Pronto Soccorso F. (14 mesi), che aveva pensato bene di iniziare ad avere colpi di tosse e dispnea mentre stava cenando. Dopo una TC del torace, che conferma il quadro di *air trapping* al polmone destro (rilevato da un precedente controllo fluoroscopico) e che rivela un'immagine fusiforme di 1,5 cm nel bronco destro, eravamo ricorsi ai colleghi pneumologi. Grazie a un broncoscopio rigido, avevano estratto un "... voluminoso corpo estraneo biancastro che ostruisce quasi completamente il bronco principale destro" e rimosso un "... piccolo corpo estraneo filiforme dal bronco principale sinistro": finocchio!

Ma non era finita qui, perché il 22 febbraio in Pronto Soccorso si era presentato A. (18 mesi) e anche lui, la sera prima a cena, aveva improvvisamente iniziato ad avere tosse, dispnea e un fugace episodio di cianosi. Anche stavolta eravamo ricorsi ai pneumologi perché alla TC toracica si evidenziava *air trapping* al polmone sinistro. E anche stavolta avevano eseguito una broncoscopia rilevando che il "... il bronco principale di sinistra risulta occluso da materiale alimentare e... presenza di secrezioni mucopurulente...": frammenti di arachide!

Non ci eravamo mai visti tanto, pneumologi e pediatri, come nelle ultime settimane, ma non immaginavamo certo di ritrovarci, dopo soli sei giorni, ad ascoltare la storia di S. Poco più

di 1 anno e mezzo, rumeno, S. vive in paesino alle falde dell'Appennino ed è arrivato in Pronto Soccorso perché da circa una settimana presenta tosse e febbre, nonostante la terapia con amoxicillina e acido clavulanico che fa da qualche giorno. Fa subito gli esami di routine: una modesta leucocitosi neutrofila, una proteina C reattiva normale e una radiografia del torace che rivela un aumento volumetrico del polmone destro, con aumento del contenuto aereo e dislocazione a sinistra dell'ombra mediana. Peraltro il medico di guardia segnala all'ascoltazione una riduzione del MV su tutto l'ambito, più accentuata a sinistra. L'anamnesi è muta, ma non molto più loquace è la mamma di S., che parla poco l'italiano ma si oppone strenuamente alla sedazione, necessaria per eseguire una TC del polmone. Ci vuole del bello e del buono, ma alla fine l'esame si fa ed esaminando attentamente i 'tagli' della TC si apprezza "... a circa 5 mm dalla biforcazione della carena uno 'stop' apparentemente endobronchiale della lunghezza di circa 8 mm. Il bronco distale si presenta ectasico...".

Si chiama Fabio il nostro pneumologo di fiducia, è competente, simpatico e disponibile, ma sono ormai le otto di sera e non vuol sentir ragioni, non ci crede proprio che, per la terza volta in venti giorni, si debba tornare in sala operatoria per una broncoscopia in un bambino piccolo! E poi all'anamnesi, a differenza delle precedenti, non si segnala niente che faccia sospettare l'inalazione di qualcosa. Anche a noi non sembra vero: tre inalazioni di corpi estranei nel solo mese di febbraio, quando per vederne altrettante in precedenza c'erano voluti anni! E dopo i finocchi e le noccioline, cosa avrà inalato questo!

Ma Fabio è disponibile ed è davvero bravo e col broncoscopio verifica "... la presenza di un corpo estraneo che ostruisce quasi completamente l'imbocco del bronco principale destro, dopo la rimozione si segnala la presenza di tessuto di granulazione nelle sedi di ancoraggio del corpo estraneo, sulle pareti laterale e mediale...".

Una volta estratto l'oggetto misterioso, si risolve l'enigma: è un seme di girasole ed è rimasto lì, in un ambiente caldo e umido, abbastanza a lungo da mostrare all'apice la comparsa di un iniziale germoglio! Ma sì, come quando alle medie, nell'ora di scienze, ci avevano insegnato a mettere dei semi nella bambagia umida e dopo alcuni giorni iniziava a nascere la piantina...

Le 'moralì della favola' potrebbero essere tante, ma il pensiero ricorrente è uno solo: vuoi vedere che nelle nuove linee guida sul divezzamento (che l'ESPGHAN ha appena redatto) si dice che nella dieta del divezzo si debbono introdurre i finocchi, le arachidi e, dopo il 18° mese, anche i semi di girasole?

IPERCPKEMIA, NON SOLO MIOPATIE

A.L. Quitadamo*, F.A. Pellicanò*, B. Predieri, P. Bruzzi,
G. Vellani, S. Madeo, L. Iughetti

Università di Modena e Reggio Emilia
Dipartimento Materno-Infantile

*Scuola di Specializzazione in Pediatria

R., femmina di 9 anni, giungeva alla nostra osservazione nell'ottobre 2005 per il riscontro di iperCPKemia in seguito a un controllo bioumorale occasionale prescritto dal curante.

Dall'anamnesi patologica remota e fisiologica non emergevano dati clinici significativi, fatta eccezione per alvo tendenzialmente stitico.

La bambina, dal gennaio 2005, lamentava astenia associata a saltuari episodi di cefalea, presentando inoltre edemi lievi agli arti inferiori e alle labbra; contestualmente si era verificato un incremento ponderale, non apparentemente correlato a eccessivo introito alimentare. Per tale ragione il curante decideva di eseguire controllo bioumorale, dal quale emergeva un aumento dei valori di CPK, transaminasi e LDH (CPK 1943 U/l, SGOT 94 U/l, SGPT 51 U/l, LDH 781 U/l).

CASI INDIMENTICABILI in Pediatria ambulatoriale

I controlli ematici successivi eseguiti a domicilio evidenziavano il persistere di tale aumento (vedi Tabella).

Veniva pertanto programmato approfondimento diagnostico da eseguire in regime di ricovero.

All'ingresso, R. era in buone condizioni generali. Non si evidenziava alcuna obiettività di rilievo, tranne cute distrofica e marezzata. Gli esami bioumorali confermavano l'iperCPKemia associata ad alterazioni dei valori di transaminasi e LDH; emergeva inoltre alterazione dell'assetto lipidico (CPK 2761 U/l, SGOT 122 U/l, SGPT 65 U/l, colesterolo tot 423 mg/dl, trigliceridi 395 mg/dl); negativa la ricerca di Ab anti-transglutaminasi, ANA, Ab anti-DNA, Ab anti-insula, APCA. L'ECG eseguito rilevava alterazioni della ripolarizzazione come da "disionie", per cui veniva effettuato controllo ecocardiografico che segnalava pervietà del forame ovale, in assenza di altre alterazioni morfofunzionali. Nella norma l'ecografia addominale.

Prima di procedere a esami diagnostici più invasivi (eventuale biopsia muscolare nell'ipotesi di miopatia), visto il quadro complessivo emerso sia dagli esami bioumorali che (e specialmente) dalla clinica (astenia e ingrassamento senza iperfagia), veniva valutata la funzionalità tiroidea: TSH >150 mUI/ml; T3 < 0,5 pg/ml; T4 1,9 pg/ml; Ab anti-TG 334,9 UI/ml; Ab anti-TPO > 1300 UI/ml.

Al controllo ecografico la tiroide appariva ingrandita, con eco struttura marcatamente disomogenea per la presenza di vaste aree ipoecogene delimitate da sottili sepimentazioni che interessavano pressoché interamente il parenchima ghiandolare. Tale reperto risultava essere compatibile con tiroidite.

Il successivo controllo ECG supportava l'ipotesi che le alterazioni aspecifiche della ripolarizzazione fossero compatibili con un quadro clinico di ipotiroidismo. R. veniva dimessa con la diagnosi di **IPOTIROIDISMO E TIROIDITE LINFOCITARIA CRONICA** e iniziava terapia sostitutiva con levotiroxina 100 mcg/die.

Data	Valore CPK	Valore LDH	Valore SGOT	Valore SGPT
22/04/2005	1943	781	94	51
16/05/2005	1351	643	77	99
10/06/2005	3714	-	122	53
27/06/2005	2084	764	114	59
16/08/2005	1481	-	-	-
08/10/2005	2965	1043	111	50

I controlli successivi effettuati presso l'Ambulatorio di Endocrinologia Pediatrica hanno evidenziato un graduale miglioramento dell'alvo e dell'indice ponderale, la normalizzazione dei valori di CPK e il ritorno a una condizione di eutiroidismo. La CPK catalizza lo scambio di fosfati tra la creatina e l'ATP e svolge un ruolo fondamentale nelle funzioni energetiche cellulari.

È contenuta prevalentemente nel tessuto muscolare scheletrico e cardiaco e in minor quantità nel tessuto cerebrale. È costituita da due isoenzimi, MM e MB: il muscolo scheletrico contiene 90% di MM e 10% di MB; il miocardio il 60% di MM e il 40% di MB. L'aumento sierico è di origine muscolare, in quanto l'enzima cerebrale attraversa difficilmente la barriera ematoencefalica.

Valori molto elevati di CPK (5 o più volte i valori normali) sono presenti in corso di:

- Miopatie (distrofia muscolare di Duchenne, polimiosite e dermatomiosite)

- Infarto miocardico acuto (la persistenza di CK-MB elevate indica l'estensione della zona di necrosi miocardica. Dopo trattamento trombolitico, se si ottiene la riperfusion del vaso, si osserva un ulteriore aumento di CK-MB)

Valori elevati di CPK (da 2 a 4 volte i valori normali) si riscontrano in corso di:

- Cardiopatie (infarto miocardico acuto, angina grave di Prinzmetal, miocardite)

- Miopatie (atrofia muscolare neurogena, miopatia alcolica, miastenia, esercizio fisico, iniezioni intramuscolari, interventi chirurgici, trauma muscolare, delirium tremens, convulsioni, ipertermia maligna)

- Embolia polmonare, edema polmonare

- Ipotiroidismo

- Altre (infarto cerebrale, alcolismo, malattie infettive, sindrome di Reye).

Il caso di R. richiama la nostra attenzione sull'importanza di un precoce inquadramento diagnostico. In caso di importante aumento dei valori di CPK, un quadro di severo ipotiroidismo va sempre tenuto presente anche in età evolutiva; anzi, specialmente in questa età, e particolarmente nell'adolescenza, che è un momento a rischio per la tiroidite autoimmune, o tiroidite di Hashimoto, la causa più tipica e comune di ipotiroidismo acquisito.