

*Perché può essere indimenticabile un caso? Per la sua "stranezza"? Perché non riusciamo a dimenticare la figuraccia che abbiamo fatto? O, al contrario, perché ci ha dato particolare soddisfazione aver saputo agire da soli meglio dello "specialista"? Tutte queste possibilità le ritroviamo nei casi che il nostro amico, il dottor Castelli, ci ha voluto raccontare con la "brusca" schiettezza che lo contraddistingue.*

### IL CASO DI VANESSA: UN PIEDE UN PO' PIATTO MA NON TROPPO

Stefano Castelli  
Migliarino (PI)

Vanessa è una bambina di 12 anni che gode di ottima salute. Da diversi anni, in occasione delle periodiche visite di controllo, la madre non perdeva occasione per dirmi che, secondo lei, la bambina aveva i piedi piatti. Ogni volta, dopo averla visitata, le ripeteva che Vanessa non aveva i piedi piatti ma solo un piede lasso, e che avrebbe dovuto fare ginnastica sulla punta dei piedi e perdere un po' di peso, visto che presentava una lieve obesità.

Un giorno mi vidi arrivare in ambulatorio la madre che mi "buttò" sulla scrivania una lettera dicendomi, con voce alterata, che aveva portato la bambina a fare una visita da un illustre ortopedico ospedaliero e che gli aveva detto, dopo aver fatto fare le radiografie ai piedi, che V. aveva i piedi piatti. Bisognava intervenire dal punto di vista chirurgico urgentemente e forse era troppo tardi. Aveva già preso appuntamento per il ricovero e consegnato alla madre la lista degli esami preoperatori.

Io guardai le radiografie cercando di prendere tempo, perché non sapevo che cosa dire, anche se mi sentivo abbastanza sicuro della mia diagnosi, contraddetta, però, da un famoso ortopedico. Dopo aver preso fiato, cercai di spiegare alla madre che un piede piatto non è un'appendicite per cui, per quanto urgente dovesse essere, avevamo sicuramente il tempo di fare visitare la bambina anche da un altro ortopedico.

La madre accettò, e inviò la bambina a un collega ortopedico di una città vicina che mi rispose: nessun piede piatto. La madre non contenta volle portare V. da un altro ortopedico (sempre "a pagamento") e la risposta fu la stessa: non piedi piatti, ma piede lasso; terapia: ginnastica e perdere peso; cioè il mio stesso parere.

A quel punto la madre si convinse: anche queste sono soddisfazioni per il pediatra di libera scelta.

### IL CASO DI FRANCESCA: UNA ORTICARIA "TRADITRICE"

Stefano Castelli  
Migliarino (PI)

Era l'ultimo giorno di lavoro prima delle vacanze, faceva caldo, avevo appena finito il lavoro ambulatoriale e stavo uscendo quando vidi arrivare Francesca, accompagnata dai genitori che conoscevo molto bene perché abitano di fronte al mio ambulatorio. Come al solito, avevano aspettato di vedermi uscire per essere sicuri di non fare la fila in sala di attesa.

Riaprii l'ambulatorio, abbastanza scocciato, e li feci entrare. La madre mi disse, indicando Francesca (4 anni): «Quando si è svegliata questa mattina, era così». Guardai la bambina che presentava edema ed eritema a livello palpebrale, periorale e al collo; inoltre piagnucolava perché sentiva male, quando le toccavo, alle zone eritematose.

A livello del ginocchio destro, casualmente, notai una grossa escoriazione impetiginizzata. Considerando il fatto che la bambina era allergica, e che altre volte aveva avuto episodi di orticaria, per me la diagnosi fu semplice: orticaria e impetigine.

Terapia: pomata antibiotica per l'impetigine e antistaminico per l'orticaria. Mentre scrivevo pensai che il giorno dopo c'era la dot-

toressa che mi sostituiva e quindi, conoscendo quanto erano noiosi i genitori, aggiunsi: Bentelan (così non se ne parla più). Quando ritornai dalle vacanze, ormai mi ero dimenticato del caso di F. Al mio rientro in ambulatorio, però, trovai la madre che mi mise sulla scrivania una lettera di dimissioni della Pediatria dell'ospedale della zona. Diagnosi (un po' generica): "dermatite"; esami ematochimici sostanzialmente nella norma; terapia: macrolide per sei giorni. A quel punto la madre mi disse che il giorno dopo che l'avevo vista io, avevano dovuto portarla all'ospedale perché F. stava molto male, piangeva e non si poteva toccare perché, come si toccava, le si staccava la pelle; all'ospedale avevano detto che io avevo sbagliato perché non dovevo darle il cortisone ma gli antibiotici.

Incasso il colpo senza poter controbattere, anche perché non avevo la più pallida idea di quale "dermatite" si trattasse.

Per tutto il tempo, mentre continuavo a fare ambulatorio, pensai a che "cavolo" di malattia potesse aver avuto F. e che "cavolo" di diagnosi fosse quella dell'ospedale: "dermatite". Appena l'ultimo paziente se ne andò, mi misi a consultare i libri che avevo a disposizione in ambulatorio e, mentre sfogliai un bell'atlante di dermatologia pediatrica vidi una foto che mi ricordava tanto F.; la didascalia diceva: "Staphylococcal scalded skin syndrome- SSSS" (Sindrome del bambino scottato in acqua bollente).

Non ne avevo mai visto uno in vita mia, avevo confuso l'eritema e l'edema tossico presente nella SSSS con l'eritema e l'edema allergico dell'orticaria. Il distacco cutaneo alla pressione di cui mi parlava la madre era il segno di Nikolsky. A quel punto mi fu tutto chiaro e mi fu chiaro anche che avevo preso una bella cantonata: *mea culpa*.

### L'approfondimento

La SSSS si presenta quasi esclusivamente nei lattanti e nei bambini prescolari. La maggior parte delle SSSS è associata con un'infezione primaria cutanea (impetigine) dovuta allo *Staphylococcus aureus* che produce una tossina solubile (tossina esfoliativa epidermolitica). Inizialmente sono presenti eritema ed edema dolorabile al volto, collo, ascelle, inguine, e poi diffusi a tutto il corpo. Successivamente compare il segno di Nikolsky: epidermide che si distacca in grossi lembi in seguito a una lieve pressione e lascia scoperte aree umido-brillanti.

### IL CASO DI MAICOL: UNO STRANO "VALSALVA"

Stefano Castelli  
Migliarino (PI)

27 dicembre '95. Eravamo in piena epidemia influenzale; quel giorno il carico di lavoro era stato davvero notevole: 26 visite domiciliari, 23 ambulatoriali e 56 telefonate. Era il tardo pomeriggio, avevo quasi finito di fare ambulatorio, quando entrò M. accompagnato dalla nonna. M., 18 mesi, era un bambino un po' gracilino, un po' sottopeso, ma non aveva niente di importante se non un basso peso dalla nascita. La nonna l'aveva accompagnato perché da circa due giorni presentava, 2-3 volte al giorno, episodi caratterizzati da manovre di Valsalva spontanee; praticamente il bambino si sforzava, si metteva le mani sulla pancia, si piegava in due e diceva "popò, popò"; non piangeva.

L'episodio durava pochi secondi e poi M. tornava a giocare come prima. Alvo regolare (1-2 volte al dì) e feci di consistenza normali. Questi episodi non si verificavano mai durante la notte. Una volta

raccolta l'anamnesi, decisi che non era un sintomo importante e, in maniera sbrigativa "feci finta" di visitare il piccolo M., dicendo alla nonna che molto probabilmente era un "vizio" e che sarebbe passato spontaneamente. Mentre uscivano dall'ambulatorio pensai: «Ecco, oggi ci mancava anche la nonna che non sapeva che cosa fare e ha portato il nipote a fare una giratina in ambulatorio». Due giorni dopo ritornò la nonna con M., dicendomi che gli episodi erano diventati più frequenti.

Quella volta visitai accuratamente l'addome di M., ma l'esame obiettivo era negativo. In mia presenza, mentre era in ambulatorio, M. presentò un episodio della durata di pochi secondi come descritto in precedenza; inoltre notai che si sforzava a tal punto che sudava. Capii che era un sintomo da non sottovalutare, ma non sapevo che cosa pensare; di nuovo cercai di prendere tempo e prescrissi Algisor gocce.

La mattina successiva (30 dicembre), di buon'ora, la nonna mi chiamò telefonicamente e mi disse che, per tutta la notte, il bambino non aveva mai dormito perché aveva avuto, a breve distanza di tempo uno dall'altro, gli stessi episodi. Risposi dicendo che sarei andato in mattinata a domicilio per avere più tempo a disposizione per visitare M. Per tutta la mattina, tra una visita e l'altra, pensai a che diavolo di sintomo fosse quello. Arrivai verso mezzogiorno a casa di M. che era tranquillissimo e stava mangiando un piatto di riso. Parlai con la nonna, visitai M. e non trovai niente di obiettivo; avevo portato anche un guanto monouso, ma non me la sentii di fare l'esplorazione rettale (non l'avevo mai fatta) e quindi pensai, vista la mancanza di esperienza, che la mia esplorazione non sarebbe servita a niente, se non a disturbare M.

Non sapevo cosa, ma qualcosa dovevo fare; pensai a una ecografia addominale: ma per cercare cosa?

Telefonai al collega del reparto di Pediatria della zona, gli spiegai il caso e gli dissi che pensavo di mandare M. per un consulto e per una ecografia addominale. Così fu.

Nel pomeriggio, mentre ero in ambulatorio, telefonai per avere notizie di M. L'ecografia evidenziava la presenza di due formazioni solide adese alla parete vescicale e aggettanti nel lume, di dimensioni rispettivamente 16 mm a destra e 33 x 25 mm a sinistra. La mattina successiva, era l'ultimo dell'anno, andai a trovare M. in ospedale; mentre parlavo con la nonna che stava cambiando il pannolino al bambino, si presentò di nuovo il solito episodio, durante il quale mi accorsi che M. emise qualche goccia di urina; a questo punto mi fu chiaro che la neoformazione a livello vescicale ostruiva in parte il passaggio di urina. Quindi non era "popò-popò" ma "pipi-pipi".

Nella stessa giornata M. venne trasferito in un reparto di chirurgia pediatrica di una grande città. Qui fu sottoposto agli accertamenti del caso: cistografia minzionale, risonanza magnetica all'addome e bacino, endoscopia vescicale con prelievo biptico (il referto istologico fu: "Rabdomiosarcoma embrionale, varietà botroide". M. fu sottoposto prima a chemioterapia e successivamente a intervento chirurgico. Attualmente il bambino sta apparentemente bene, ma la sua prognosi non è certo delle migliori.

### UNA OCCHIATA A "MEDICO E BAMBINO" PER UNA INSOLITA TUMEFAZIONE ALLA GAMBA

Stefano Castelli  
Migliarino (PI)

Erika è una bella bambina di 11 anni che viene accompagnata in ambulatorio dalla madre (nel febbraio del '96) perché da qualche settimana, in apparente benessere, era comparsa una piccola tumefazione a livello della faccia laterale del terzo inferiore della gamba destra.

All'esame obiettivo era presente un nodulo sottocutaneo di consistenza elastica, indolente, mobile sui piani profondi, delle dimensioni di circa 1-1,5 cm. La piccola E., insieme a tutta la famiglia,

stava passando un periodo critico dal punto di vista psicologico perché l'anno precedente era deceduto il fratellino (Mirko) per tumore cerebrale. Vi potete immaginare l'ansia e l'apprensione della bambina e di tutta la famiglia per la comparsa di questo nodulo. Io cercai di rassicurare la famiglia sulla benignità del nodulo e consigliai di fare un'ecografia.

Onestamente non sapevo cosa potesse essere quel nodulo. L'ecografia diede questa indicazione: «La piccola formazione appare di pertinenza sottocutanea extramuscolare con sviluppo nel derma. Il nodulo appare di ecostuttura solida iperecogena. Le dimensioni globali sono 9 x 7 x 2 mm. Il reperto appare riferibile in prima ipotesi a fibrolipoma, ma non si possono escludere altre alterazioni ecograficamente simili come l'angioma e il fibroma fasciale». Con questa risposta ecografica rassicurai ancora la famiglia.

Dopo circa un mese e mezzo (nell'aprile del '96) la madre accompagnò nuovamente E. in ambulatorio. All'esame obiettivo il nodulo appariva leggermente aumentato di volume con aspetto a fuso bilobato. Consigliai di nuovo una ecografia. Dopo alcuni giorni la madre tornò con la risposta: «Rispetto al precedente controllo la formazione si presenta leggermente aumentata di volume pur rispettando la fascia muscolare. Il reperto potrebbe essere compatibile con area di fibrosi verosimilmente post-traumatica, da controllare tuttavia nel tempo».

A questo punto le mie rassicurazioni non servirono a niente e, vista l'ansia dei genitori, decisi di inviare E. al chirurgo per l'asportazione. Nel maggio del '96 il nodulo venne asportato e la risposta istologica fu: «nodulo reumatoide».

Mi trovai molto imbarazzato di fronte a questa risposta, perché un nodulo reumatoide isolato non l'avevo mai visto, e soprattutto non ne avevo mai sentito parlare. A questo punto mi posi alcune domande a cui non sapevo rispondere:

1. È l'inizio di una artrite reumatoide?
2. Fare o non fare esami emato-chimici per artrite reumatoide giovanile?
3. Il nodulo recidiverà? Ne compariranno altri in sedi diverse?

4. (la più importante) Che cosa dire ai genitori? Purtroppo non potevo nemmeno inviare la bambina a consulenza nella Clinica Pediatrica della zona perché la madre non ne voleva proprio sapere di rimettere piede là dove era morto l'altro figlio l'anno precedente. Presi la documentazione e dissi alla madre che mi sarei studiato il caso. Potete bene immaginare l'ansia dei genitori di fronte a una patologia che io stesso non sapevo bene cosa fosse. Tornai a casa e mi misi a consultare tutti i libri a mia disposizione. Risolse tutti i miei dubbi e le mie domande un articolo di un caso clinico pubblicato su *Medico e Bambino* (6/92) "Nodulo reumatico (Rheumatic-like nodules)" di G. Oliva e coll. Cito un passo dell'articolo: «In tale patologia non viene consigliato alcun trattamento medico o chirurgico, in quanto i dati presenti in letteratura sull'argomento affermano che tali noduli scompaiono spontaneamente e senza lasciare cicatrici, generalmente entro due anni dalla loro comparsa».

Sembra pertanto ragionevole, tenendo anche conto del punto di vista psicologico, non etichettare i bambini con queste formazioni con la diagnosi di "sospetta artrite reumatoide giovanile", che è una malattia seria e potenzialmente invalidante. Al contrario, è importante rassicurare i genitori che questi noduli sono assolutamente innocenti e che i loro figli non presentano una maggiore possibilità di sviluppare una artrite reumatoide.

