

I ROM VANNO A BATTERIA

Paolo Meglio, Roma

Il Pronto Soccorso pediatrico era spesso frequentato da Rom che, non potendo avere il loro Pediatra di fiducia (perché non in regola con la legge, per mentalità o chissà per quale altra ragione), si rivolgevano al medico di PS per qualsiasi problema anche banale.

Una mattina si presentò una giovane madre con un bambino di qualche mese appeso al collo e tenuto in un grosso fazzoletto, e un altro, di circa 8 anni, tenuto per mano. Un problema lo aveva già il bambino più grande, che circa una settimana prima era già venuto per una lesione sotto il mento, laterale, che il collega di turno aveva interpretato come una impetigine. Infatti la mamma portava con sé il ritaglio della scatola dell'antibiotico che le era stato prescritto e regalato per averne dell'altro, visto che la lesione era rimasta tale e quale. Avevo in mano il ritaglio della scatola dello Zimox e, mentre meditavo su quale antibiotico diverso somministrare, iniziai a osservare la lesione, che appariva torbida, ulcerata al centro. Chiesi alla mamma da quanto tempo il bambino l'avesse e lei mi rispose che se ne era accorta già da 2 o 3 mesi. Una lesione a lenta evoluzione, ulcerata, in un bambino in cui le norme igieniche non erano certo una grossa preoccupazione per i genitori. Una lesione infettiva: «Il mio primo bottone d'Oriente!», pensai. Prima di andare dai colleghi dermatologi per la conferma della mia brillante diagnosi, feci un salto in biblioteca. Ci sarà pure stato qualche flebotomo di passaggio in questo campo Rom. Ricordavo che il bottone d'Oriente era endemico fino a qualche decennio prima in Abruzzo, fra i pastori, e poi la lesione del bambino fotografato sul testo era molto simile, e anche la descrizione: «Dopo un periodo di incubazione di 2-3 settimane o anche fino a 1 anno, la lesione primaria, una piccola, succulenta papula rosso-marrone cresce lentamente fino a raggiungere il mezzo centimetro o più di diametro. Elettive sono le parti scoperte, fra cui il volto. Questa forma nodulare può ulcerarsi assumendo una forma rotonda o ovale o dentellata. Al centro può essere crostosa». Pregai allora un collega di sostituirmi per accompagnare il piccolo paziente presso l'Istituto di Dermatologia. Strada facendo, dissi qualcosa che fece ridere il bambino e mi capitò di guardare la sua bocca: un calvario! I denti erano tutti marroni, gli incisivi quasi scomparsi. Mi fermai, gli feci aprire bene la bocca e purtroppo la restante parte dei denti non era meno rovinata. I molari erano praticamente delle caverne. Chiesi la ragione di questo alla mamma e mi rispose che gli piacevano molto le caramelle. L'idea del bottone d'Oriente cominciava a impallidire e, mentre cominciavo a intuire il nesso fra quella bocca e la lesione sottomentoniera, chiesi alla mamma se avesse mai avuto dolore a causa dei denti. Certamente, aveva sofferto, ma fortunatamente il papà del bimbo, ogni volta che aveva mal di denti, lo curava instillando (*sic!*) un po' di acido di una batteria per auto nel dente dolente, per "ammazzarlo". Salvo per un pelo. Stavo per fare una brutta figura coi colleghi dermatologi. In quel momento mi ricordai di un'altra figura vista su quei libri di dermatologia con tante fotografie. Sì, era un seno dentario. In altre parole la carie del 1° molare si era molto approfondita provocando una infezione periapicale. È probabile che non si fosse verificato un vero e proprio ascesso acuto, che avrebbe senz'altro facilitato la diagnosi al primo osservatore. L'acidità del liquido della batteria, per una sorta di corrosione chimica associata senz'altro a una infezione subclinica, aveva creato un tramite fistoloso con l'esterno che non riusciva più a guarire. L'odontoiatra presso il quale dirottai la famiglia riuscì a far passare un sottile filo dal dente fino alla lesione cutanea, senza dolore per il bambino, confermando così la diagnosi. Fu fissato un appuntamento per il ricovero e l'escissione chirurgica del tramite fistoloso. Il giorno dopo andai dal mio elettrauto con un cartina al tornasole e, spiegandogli i vari modi in cui possono essere utilizzate le batterie per le auto, rilevammo, non senza stupore, un pH in-

torno a 1 nell'acido di almeno 3 batterie. Egli mi spiegò che quelle nuove, oltre ad altre sostanze dannose, fra cui residui di piombo, contengono una soluzione di acido solforico al 30% (il cui pH, misurato in laboratorio con il piaccmetro, è di circa 1). Il pH non si discostava molto da 1 anche nelle batterie usate. Non ebbi modo di sapere se questo papà Rom (e un po' dentista) usava diluire l'acido delle batterie. Non ho più visto quel bambino, ora avrà quasi raggiunto la maggiore età e forse lo incontro, di tanto in tanto, sulla metropolitana che mi porta in ospedale. Voglio sperare che non sia uno di quelli che ti sfilia il portafogli, ma uno di quegli altri che ti fa trascorrere qualche minuto un po' surreale suonando, tra una fermata e l'altra, una fisarmonica sfiatata e cercando di farti credere che è fuggito dalla Bosnia-Erzegovina con altri 10 fra fratelli e sorelle, tutti affamati e ammalati. Anche quello è un modo di guadagnarsi il pane. E spero anche che faccia l'uso giusto delle batterie.

LA 34° VISITA DI PRONTO SOCCORSO PEDIATRICO:
UN CASO DI HAIR THREAD TOURNIQUET SYNDROME

Mario Cutrone, Venezia

2 gennaio 1999, ore 23.35. Trentaquattresima visita di Pronto Soccorso pediatrico della giornata. T.T. è bambina di 2 mesi e 13 giorni, nata alla 39° settimana di gestazione presso il nostro Ospedale, con un peso di 3250 g e un Apgar di 9 al primo e 9 al quinto minuto. Perinatalità nella norma, allattamento artificiale con accrescimento ottimo. I genitori, mettendola a letto, si sono accorti che l'ultima falange del 3° dito del piede sinistro, poco prima normalissima, è edematosa e iperemica. La bambina, solitamente tranquillissima, piange vivacemente.

All'obiettività generale non c'è nulla di particolare; la bambina è apiretica e le altre dita appaiono normali. L'aspetto è quello di una "strozzatura" tra le due falangi. L'edema è importante e la cute appare lucida e tesa. Non si evidenziano regioni giallastre di tipo acessuale, né alterazioni a carico del piatto ungueale. Raddrizzando (con molta fatica) il dito, e osservandolo con la lente illuminante, la cute della regione flessoria appare "tagliata" in modo nettissimo da una profonda ferita a margini perfetti, a "colpo di rasoio". Si riesce finalmente a intravedere un sottilissimo filamento nero, delle dimensioni di un capello, che avvolge, strozzandola strettamente, tutta la circonferenza del dito.

Fatta la diagnosi, ci resta da decidere la terapia. La bambina piange vivacemente, e il dito appare via via sempre più congesto. Le forbici appuntite utilizzate normalmente per la rimozione dei punti di sutura risultano troppo grandi (non c'è spazio tra filo e cute per inserire la punta più sottile della forcice); un tentativo con un ago sterile provoca, per lo stesso motivo, un piccolo sanguinamento che rende ancora più difficile operare; decidiamo di mettere sotto l'acqua fredda il dito in modo da ottenere una riduzione dell'edema e la pulizia della piccola emorragia. Altri tentativi con le pinze disponibili in reparto, troppo grandi, si rivelano infruttuosi. L'infermiera professionale propone allora di provare con la sua pinzetta per la depilazione delle ciglia. Dopo un altro passaggio in acqua fredda riusciamo finalmente a pinzare il filo nero, che si rivela essere un capello nero, verosimilmente appartenente alla madre. Il capello si spezza in 4 parti, ma alla fine si riesce a svolgerlo e a eliminarlo completamente. Il pianto cessa dopo poco; dopo una breve osservazione, constatata la lenta normalizzazione dell'aspetto del dito, si provvede a lavare ulteriormente la ferita e ad applicare una crema antibiotica alla gentamicina, raccomandando, al momento dei saluti, l'eventuale rivalutazione in caso di novità. Ore 00.15.

Discussione

Ci sono su Medline 19 articoli che segnalano casi di Hair thread

CASI INDIMENTICABILI

in Dermatologia e Infettivologia Pediatrica

tourniquet syndrome (in italiano: Sindrome del laccio da peli) in bambini. Di questi 7 riguardano strozzamento del pene, 1 del clitoride, e i restanti 11 riguardano le dita del piede. Con il nome alternativo di Pseudoainhum (con il prefisso "pseudo" utilizzato per distinguere questo quadro da una patologia chiamata ainhum, limitata alla regione africana, che si presenta in modo molto simile) vengono riportati anche 2 casi relativi a un dito e a un capezzolo in adulti con problemi psichiatrici.

L'eziologia dell'Hair thread tourniquet syndrome non è di semplice interpretazione. Un caso di maltrattamento a carico del pene era già stato descritto nel 1832, ma un articolo di review del 1994² afferma che questo tipo di lesioni, considerate di tipo accidentale nella maggior parte dei lavori moderni, dovrebbe essere invece considerato una diagnosi differenziale dell'abuso.

La "patogenesi" sembrerebbe in realtà legata alla flessione-estensione ripetuta delle dita in presenza di peli o fibre del tessuto intrappolate nel calzino, che alla fine si attorciglierebbero strettamente; nel caso di interessamento dei genitali, invece, i peli, lavati e quindi bagnati assieme alla regione gluteale e imprigionati nel pannolino, si attorciglierebbero lentamente finché, asciugandosi e disidratandosi, darebbero lo strozzamento (come nelle torture indiane descritte nel vecchio film western "Sole Rosso").

Un articolo del 1988 ha rivisto 60 casi di Hair thread tourniquet syndrome, e ha evidenziato come siano statisticamente più a rischio il dito medio della mano e il terzo dito del piede, seguiti dall'indice e dal secondo dito del piede; l'agente eziologico era un capello, nella maggioranza dei casi di interessamento genitale e del piede, mentre era un fibra di tessuto (dei guanti) nel caso di interessamento delle dita delle mani; gli esiti permanenti (amputazione, perdite ampie di tessuto) sono stati più frequenti nei casi di coinvolgimento genitale e della mano³.

Condizione essenziale per un trattamento efficace, e per evitare questi esiti, è ovviamente la diagnosi precoce. La Hair thread tour-

niquet syndrome può essere infatti confusa con punture di insetto, infiammazioni dovute e traumi, infezioni.

Una volta sospettato questo tipo di causa, può comunque non essere facile evidenziare e visualizzare chiaramente la fibra o il capello responsabili, in quanto nascosti dall'edema o inseriti in profondità all'interno del taglio prodotto. Le tecniche di "sbrigliamento" proposte sono le più varie, da quelle soft (ma valide solo nel caso di peli e capelli) come l'applicazione di crema depilatoria, a quelle più invasive, come una incisione "alla cieca" con bisturi (in casi di impossibilità di visualizzare la fibra o il capello), tutte volte a tagliare il laccio e risolvere l'edema nell'attesa di rimuovere definitivamente il problema. Nei casi più fortunati e rapidamente diagnosticati (come il caso da noi riportato) il laccio è visualizzabile e rimovibile con una pinza di misura adeguata.

Conclusioni

La Hair thread tourniquet syndrome è una patologia relativamente rara, potenzialmente molto dannosa ma, se si pensa, di relativamente facile risoluzione. La diagnosi precoce è essenziale. Alcuni autori¹ propongono di tenerla sempre presente (spogliando quindi completamente il bambino) nella diagnosi differenziale del pianto protratto nel lattante cui non siano evidenziabili altre cause.

Bibliografia

1. Connors G: Indizio di sospetto. *Pediatrics in review*, vol. 8, 1 Feb 1998, p. 35.
2. Biheler JL, Sieck C, Bonner B, Steumky JH: A survey of health care and child protective services provider knowledge regarding the toe tourniquet syndrome. *Child Abuse Negl* Nov, 18 (11), 987-93, 1994.
3. Barton DJ, Sloan GM, Nichter LS, Reinish JF: Hair thread tourniquet syndrome. *Pediatrics*, Dec, 82 (6), 925-8, 1988.

CONCORSO CASI INDIMENTICABILI IN NEUROPSICHIATRIA E REUMATOLOGIA PEDIATRICA

Vicenza, 19 febbraio 2000 - Centro Congressi Alfa Hotel

"Casi indimenticabili in Neuropsichiatria e Reumatologia Pediatrica": questo è il titolo del Convegno che si svolgerà a Vicenza il 19 febbraio 2000. Scopo del Convegno è, ancora una volta, quello di offrire un'occasione di aggiornamento interattivo in tema di attualità in Pediatria attraverso la discussione di casi clinici, particolarmente ricchi di spunti didattici.

Animatori e protagonisti del dibattito, assieme al pubblico, saranno gli esperti della materia e i colleghi-lettori di *Medico e Bambino* con i loro "Casi indimenticabili". È previsto, infatti, che alcuni casi particolarmente istruttivi (più per la singolarità clinica e/o per le problematiche diagnostiche, ma anche per gli aspetti relazionali e umani cui sono connessi, o semplicemente perché non risolti) vengano presentati direttamente da pediatri-lettori di *Medico e Bambino*.

Il Comitato editoriale sollecita pertanto l'invio di un breve scritto (una o due cartelle dattiloscritte) e del corrispondente dischetto, per poter selezionare i casi più interessanti. Le storie prescelte verranno pubblicate su *Medico e Bambino* e i loro Autori saranno invitati a partecipare come relatori al Congresso. I "Casi indimenticabili" devono essere attinenti alla Neuropsichiatria e alla Reumatologia Pediatrica e devono pervenire entro il 30 novembre al seguente indirizzo:

Dott. Giorgio Longo
c/o Ospedale Infantile "Burlo Garofolo"
Istituto di Clinica Pediatrica
via dell'Istria 65/1 - 34100 Trieste
e-mail: longog@burlo.trieste.it

Moderatore A. Ventura
9.00 NEUROPSICHIATRIA INFANTILE
I Casi indimenticabili dello specialista
F. Bouquet (Trieste), P.A. Battistello (Padova)
I Casi indimenticabili dei pediatri generalisti

11.15 I Casi indimenticabili dello specialista
F. Ferrari (Modena), L. Piermarini (Terni)
I Casi indimenticabili dei pediatri generalisti

Moderatore G. Longo
14.30 REUMATOLOGIA PEDIATRICA
I Casi indimenticabili dello specialista
L. Lepore (Trieste), F. Falcini (Firenze)
I Casi indimenticabili di alcuni pediatri generalisti

16.45 I Casi indimenticabili dello specialista
A. Martini (Pavia), F. Zullian (Padova)
I Casi indimenticabili di alcuni pediatri generalisti

Segreteria Scientifica: Giorgio Longo, Alessandro Ventura, Istituto di Clinica Pediatrica, v. dell'Istria 65/1, 34100 Trieste Tel. 040 3785233

Segreteria Organizzativa: CpA Divisione Congressi Tel. 06-354021 Fax 06-35402151 e-mail cpamail@tin.it

