

I SINTOMI CHE PARLANO

Parte prima

GIORGIO LONGO, ALESSANDRO VENTURA
Clinica Pediatrica, IRCCS "Burlo Garofalo", Trieste

da *Confronti in Pediatria, Trieste 1996*

I sintomi che parlano. A ben pensarci è proprio un'ovvietà: ogni segno o sintomo è espressione di qualcosa, deve essere valorizzato, e rappresenta un tassello fondamentale nell'iter diagnostico.

Ma ci sono, in medicina, in pediatria, alcuni segni o sintomi che parlano "da soli", che da soli sono fortemente suggestivi o indicativi di una determinata patologia.

Alcuni sono molto noti, conosciuti fin da quando eravamo studenti: il **dolore** alla percussione nella loggia lombare (il famoso Giordano positivo) che ci fa porre la diagnosi di infiammazione renale, oppure l'**urlo inspiratorio della pertosse**, che di fatto si diagnostica soltanto sentendola, così come il **tirage del croup**, che può essere diagnosticato al telefono.

Ma anche segni più fini come le **lentiggini** sulle mucose nella sindrome di Peutz-Jegher, che smaschera una poliposi intestinale (*Figura 1*): ecco in questa foto padre e figlia e il particolare delle "lentiggini" mucose. Il padre è stato salvato proprio grazie a questo segno sentinella; avendo avuto una invagina-



Figura 1. Lentiggini sulle mucose nella sindrome di Peutz-Jegher.

zione intestinale in età atipica, avrebbe potuto rischiare una diagnosi troppo tardiva ma, sulla base della storia della figlia e delle sue lentiggini, ha potuto arrivare a una diagnosi immediata e quindi all'intervento risolutore.

Ma di segni e sintomi "che parlano da soli" ce ne sono tanti; ricordiamo ancora il **saluto allergico**: nessuno ha mai capito perché le persone normali si grattino il naso con l'indice, mentre gli allergici debbano farlo con il palmo della mano.

Abbiamo raccolto un certo numero di segni, alcuni ricavati dalla letteratura più frequente, altri suggeriti dai lettori di *Medico e Bambino*. Questi ultimi rappresentano per lo più il "trucco" del mestiere: quel sintomo, quel segno che ognuno di noi ha nel cassetto e che tante volte si è dimostrato utile nella pratica corrente.

CELIACHIA: DENTI E PELLE

Cominciamo con i **denti della celiachia**. Vedete le lesioni della prima immagine (*Figura 2*), che da soli fanno la storia di questo soggetto: i primi solchi, quelli più verso l'apice sono legati al tempo pre-diagnostico; la solcatura più recente, quella più vicino alla radice, è il segno lasciato dalla prova di scatenamento, che un tempo era considerata obbligatoria per porre la diagnosi. Nel secondo caso (*Figura 3*) le lesioni sono molto più gravi: c'è la perdita di tutto lo smalto, e la distruzione del canino: che è il dente da sorvegliare. La sensibilità e la specificità di questo segno possono sembrare basse (30% e 30%) ma solo 52 su 6949 avevano questo segno, e di que-

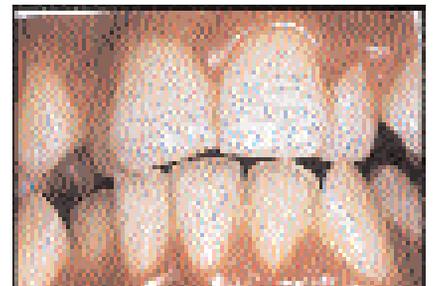


Figura 2. La storia della celiachia nei denti di un malato.



Figura 3. Gravissime lesioni dentarie in un soggetto celiaco misconosciuto a lungo.

sti 4 erano celiaci. Se si pensa che, in base alla storia clinica, si riesce (o si riusciva in era pre-EMA) a diagnosticare solo un caso su 6, l'apporto di un segno che da solo ha una sensibilità del 30% non è da trascurare.

Publico: Cosa si deve fare se c'è un sospetto clinico di celiachia, con EMA negativi?

La risposta sarebbe troppo lunga, e non è semplice. La negatività di anticorpi anti-endomisio, se non c'è un difetto di IgA, è da considerarsi eccezionale. Comunque se il sospetto clinico, o clini-

co-genealogico, è consistente, la biopsia intestinale va fatta comunque, nell'ambito però di un accertamento più completo che valuti anche la quota di linfociti con recettori gamma-delta e altri marcatori immunoistochimici di celiachia.

Greco (Napoli). Bisogna però risottolineare che il riscontro di questo segno non è sensibile. Occorre che la diagnosi sia stata molto ritardata, e che il soggetto abbia mangiato glutine a lungo. Va ricordato che le alterazioni riguardano solo i denti permanenti il cui smalto completa lo sviluppo nella vita postnatale (sui 2 anni; incisivi e canino). È stato detto anche che le lesioni non sono specifiche; è vero, ma la specificità aumenta se si è selettivi: vanno valorizzate solo le lesioni tipiche, anche per distribuzione; devono essere simmetriche, interessare entrambe le arcate, sopra e sotto, e colpire specialmente i canini. Queste lesioni non sono dovute a mancato assorbimento di calcio, ma a un vero e proprio processo autoimmune. C'è una sola malattia che comporta lesioni di questo tipo: la poliendocrinopatia autoimmune.

Ancora celiachia. Diagnosi a colpo d'occhio di fronte a un'immagine radiologica assolutamente tipica (Figura 4), confondibile soltanto con quella della

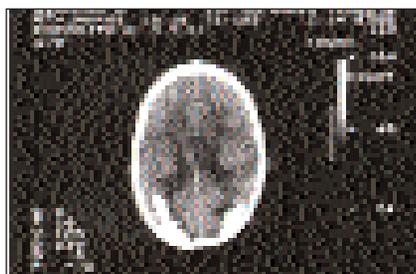


Figura 4. Tipiche calcificazioni bioccipitali, serpiginose, in soggetto con epilessia e celiachia.



Figura 5. Celiachia e dermatite aspecifica.

sindrome di Sturge-Weber o nevo a fiamma con angiomasosi cerebrale, o con la vasculopatia calcifica della meningite leucemica trattata con methotrexate intrarachide più irradiazioni... Ma se non c'è il nevo flammeo, e se non c'è stata la leucemia, la diagnosi è una sola: vasculite calcifica associata a celiachia.

Ancora celiachia. Stavolta **celiachia e pelle**; celiachia e dermatite erpetiforme: lesioni a medaglione, sedi tipiche (parti estensorie), prurito, vescicole, desquamazione. Non si può sbagliare (Figura 5).

DENTI E SUCCHIOTTO

Qui non c'entra più la celiachia, ma siamo ancora a parlare di denti.

Ancora una diagnosi facile, immediata (Figura 6). Possiamo facilmente fare bella figura con la madre se affermiamo, senza bisogno di chiedere conferma, che il piccolo si addormenta con il succhiotto di zucchero o di miele: una carie rampante, devastante, che interessa solo o prevalentemente la dentatura superiore perché quella dell'arcata inferiore è protetta dal labbro.

Anche questa immagine di morso aperto (ma la si può chiamare direttamente "**disgnazia da succhiotto**") è inconfondibile (Figura 7); anche qui facciamo facilmente gli indovini. È probabile che questo bambino abbia anche un problema non soltanto estetico: un disturbo respiratorio, legato ad abitudine viziata, alla disgnazia, al palato ogivale.

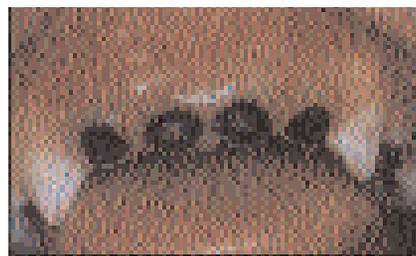


Figura 6. Carie da succhiotto.

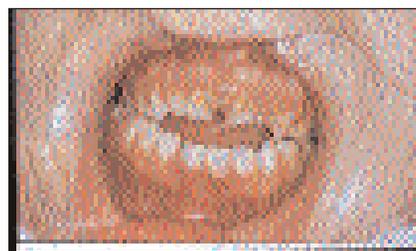


Figura 7. Morso aperto da succhiotto.

PATOLOGIA ADDOMINALE CHIRURGICA

Questo è il **segno del "salta su"**. Un segno che non mi ha mai tradito, ci ha detto il dottor Poli quando ce l'ha illustrato: quando viene portato un bambino in cui si sospetta o in cui viene a me da sospettare una appendicite, gli dico: salta sul lettino. Se davvero "salta su", sicuramente non è un'appendicite.



Questi due altri segni ci vengono dall'Umbria: il **segno del "barellino"** e il **segno del "balzello"**. Il dottor Piermarini li commenta così: «Sarà per caso, o per la mia buona stella, ma questi segni non mi hanno mai fallito».



Il segno del barellino consiste nel dare un colpo alla barella del pronto soccorso, in modo da scuotere appena appena il piccolo, senza toccarlo: se accusa dolore alla pancia, quella è un'appendicite.

Il **segno del saltello** è dello stesso genere: se il bambino è capace di saltellare su una gamba sola senza accusare un dolore acuto, l'appendicite non c'è. Il trucco è sempre lo stesso: provocare una succussione senza mettere il bambino in allarme con la palpazione.



Sempre dello stesso tipo è il **segno della tosse**. Sempre dello stesso tipo è il **segno della tosse**.



IL SEGNO DELLA TOSSE della tosse.

Senza avvicinarsi, dai piedi del letto, il dottore chiede al bambino di tossire. La tosse provoca un dolore puntorio in sede appendicolare. Il segno della tosse ha una sensibilità del 75% (il segno di Blumberg ha una sensibilità del 45%). Inoltre non dà falsi positivi, e supera la resistenza del bambino a farsi toccare (se ha veramente male) o l'autosuggestione del bambino che reagisce con timore alla palpazione.

Un Maestro scomparso, il Prof. Galuzzi, chirurgo pediatra all'Ospedale "Burlo Garofolo" di Trieste, ci ha insegnato il **segno della mano allontanata**, un segno quasi certo

di patologia addominale preoccupante. Se si tratta di un bambino piccolo, a volte anche di un lattante, che, quasi inconsapevolmente, con la sua manina, allontana quella del medico che si posa sull'addome, quello è un bambino che ha una elevata dolorabilità inespresa.

Rivosecchi (Roma). Sottolineo l'utilità del segno della tosse. Un segno che somiglia, e che ha la stessa valenza, consiste nell'invitare il paziente a spingere fuori o a infossare l'addome; se ha una reazione peritoneale, non lo può fare. Il segno della mano allontanata lo conosciamo molto bene; ma ce lo aspettiamo piuttosto nel bambino di 2-4 anni che non nel primo anno di vita.

Un altro segno chirurgico è il **segno del sondino insanguinato** (ce lo ha raccontato il professor Biasini). Nel sospetto di invaginazione intestinale, l'introduzione per alcuni centimetri di un sondino molto morbido: è uscito sporco di sangue in tre casi su tre (che sarebbero stati, altrimenti, facilmente dimessi, per l'apparente modestia dei sintomi: pianto, non vomito, non enterorragia, addome perfettamente trattabile, esplorazione rettale negativa, senza sangue sul guanto, fino alla percezione di una anche debole resistenza (a quel punto è prudente fermarsi), il sondino è uscito bagnato di sangue.

Panizon (Trieste). Ma se c'è anche il solo sospetto di invaginazione, la diagnosi è già fatta: il paziente verrà inevitabilmente sottoposto all'esame diagnostico (clisma opaco in radiografia, o clisma con

acqua in ecografia). È quando non si viene nemmeno sfiorati dal sospetto, quando la diagnosi viene scotomizzata, che si rischia l'errore

Rivosecchi (Roma). A me sembra una manovra rischiosa, che non mi sentirei di consigliare; l'esplorazione digitale è una cosa ben fatta; ma un sondino sottile è a rischio di produrre una perforazione.

Biasini (Cesena). Il sondino deve essere molto morbido. Sono tre bambini che sarebbero stati mandati a casa; avevano soltanto crisi di pianto.

Fontana (Milano). Non vorrei però che si pensasse che, se il sondino è normale, si escluda l'invaginazione.

CAPELLI DRITTI E LINGUA GEOGRAFICA

Un segno non scritto in letteratura, che dobbiamo all'acutezza clinica della dottoressa Mammano, psicologa coinvolta in una ricerca sugli effetti comportamentali dell'atopia, si descrive da se stesso. Lo abbiamo voluto battezzare in triestino: il **segno dei "cavei impirài"**, cioè dei capelli che stanno dritti. È un marker certo di costituzione atopica; credo di potervelo dire a metà, che è uno studio controllato ancora in corso, per confermare la specificità del quadro. Non c'è difficoltà ad ammettere che l'a-



Figura 8. Capelli dritti ("impirài") come marker di costituzione atopica.

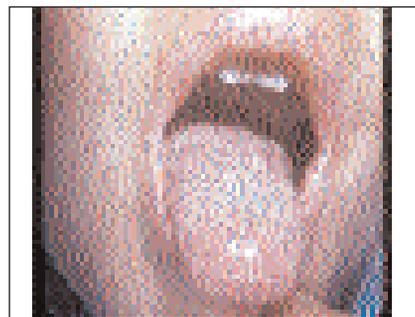


Figura 9. "Lingua geografica" come marker di costituzione atopica.

topico abbia qualcosa che riguarda la cute, il beta-blocco, il tono alfa-adrenergico, la sudorazione, l'orripilazione. Questa della fotografia (Figura 8) era una bambina alla quale avevamo negato la diagnosi di allergia alimentare per la mancanza di ogni segno indicativo, e che abbiamo sottoposto a un test da carico con effetti tanto clamorosi (vomito, shock) quanto inattesi.

Un altro marker aspecifico di atopia, la **lingua geografica** (Figura 9), è un segno che potete considerare patognomonico di allergia alimentare. Non si tratta né di avitaminosi né di glossite da funghi. Intendiamoci: non è un disturbo da curare; non è una malattia, è solo un segno d'allarme, un marker, ma nell'ambito dell'interpretazione dei sintomi ha una significatività molto alta.

ORTOPEDIA

Il bambino che si sostiene il polso ha, lo sanno tutti, una lussazione del capitello del radio, o pronazione dolorosa. Il **segno del gradino doloroso** è del dottor Maranzana. Un dolore nel fare le scale in discesa fa pensare al menisco; e a questa età, in un bambino di 3, 4, 5, 6 anni, quasi certamente si tratterà di un menisco discoidale.



Maranzana (Trieste). Un piccolo commento sul menisco discoidale. Quando si rompe, la diagnosi è facile: il blocco. La dolorabilità a "va-e-vieni" da menisco discoidale è una condizione relativamente frequente. Nell'embrione e nel feto il menisco esterno è normalmente compatto, a superficie convessa, dunque a disco, e solo più tardi si appiattisce, assumendo la forma definitiva con cavità centrale, a ferro di cavallo; e in molti bambini conserva questa forma primitiva per i primi anni di vita.

Per fare la diagnosi di menisco discoidale, con il ginocchio in posizione semiflessa, potrete osservare, all'esterno della rima, una piccola estroflessione che alla pressione provoca un dolore vivo, spesso irradiato al poplite (Figura 10). Ma anche a diagnosi di menisco discoidale fatta, si può aspettare: se si superano i 4-5 anni senza che il menisco si rompa, il menisco si collassa, il condilo forma la sua nicchia e i disturbi scompaiono.

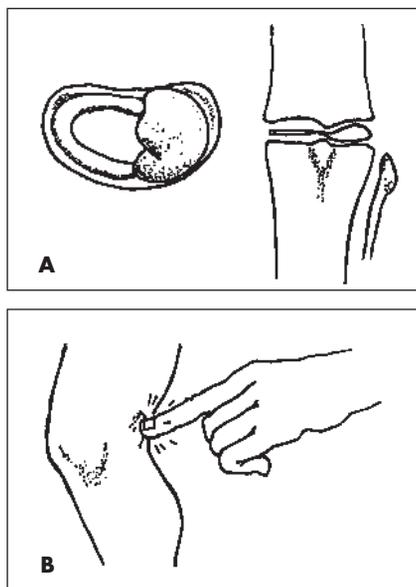


Figura 10. Menisco discoide. A: Situazione anatomica: un menisco esterno "paffuto" con un menisco mediale normalmente appiattito e configurato a ferro di cavallo. B: Menisco discoide: il quadro clinico in posizione semiflessa del ginocchio rileva una minima tumefazione sulla rima esterna, dolente alla pressione.

L'aspirina è un antidolorifico aspecifico. Ma nell'osteoma osteoide è quasi specifico: l'effetto è straordinariamente pronto; come nell'emigrania, quasi impensabilmente per una malattia organica dell'osso. E se è un bambino che si lamenta di dolore osseo, molto forte, molto fastidioso e molto protratto, magari con ipotrofia muscolare da disuso, e racconta che il dolore scompare rapidamente con l'aspirina, la diagnosi è già fatta. Al telefono, a mensa, al bar. Diagnosi che magari arriva, come è succes-

so nel caso riportato nel disegno (Figura 11), su di un bambino in cura per disturbo neuropsichiatrico, a seguito di una lastra letta come negativa.

Maranzana (Trieste). Spesso, in effetti, l'osteoma osteoide è di difficile rilievo radiologico, e spesso ha anche una presentazione ingannevole. Nella lastra che vi mostro (NB: non è quella della figura, ndr) c'è un osteoma osteoide del piccolo trocantere con diagnosi di partenza di scoliosi, per irritazione dello psoas. L'osteoma osteoide viene più spesso nell'adolescente; questo era un bambino piccolo, di 4-5 anni.

Alcaro (Soverato). Sottolineo la straordinaria rapidità dell'effetto antidolorifico: ma forse è meno specifico di quanto possa apparire; almeno una volta mi è successo di vedere un simile effetto analgesico in un granuloma eosinofilo vertebrale.

Maranzana (Trieste). L'effetto dell'aspirina è forse non solo antidolorifico ma almeno in parte dovuto alla riduzione del flusso arterioso nella "cassa da morto" che circonda l'osteoma osteoide; e questo è possibile anche nel granuloma eosinofilo; che però è molto meno spesso e molto meno intensamente doloroso di quanto non sia l'osteoma osteoide.

Brunelli (Cesena). Viceversa, i vasodilatatori aumentano immediatamente il dolore: credo che nell'adolescente e nell'adulto si utilizzi l'assunzione di alcol come test diagnostico ex nocentibus.

Ed ora l'ultimo flash per ricordare un'altra associazione diagnostica di pertinenza ortopedica.

Se vedete un'osteite che parte dal calcagno in un bambino che fa uso delle scarpe di gomma, l'osteite è sicuramente da *Pseudomonas*. Ma non solo nei

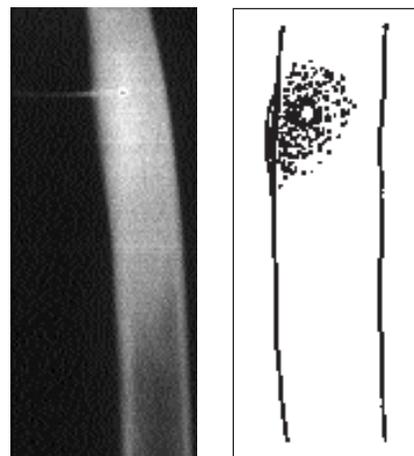


Figura 11. Un osteoma osteoide al terzo superiore della diafisi del femore. Dolore riferito al ginocchio. Sulla lastra si rileva facilmente l'iperostosi perilesionale, più difficilmente il nidus, indicato dalla punta dell'ago. Parallelo alla lastra, un disegno schematico rappresenta un'immagine ideale con addensamento osseo periosteale attorno al piccolo nidus osteolitico.

ragazzi; perché la stessa associazione è stata descritta in un anziano che calzava ciabatte di gomma. Tra sudore e gomma si forma un habitat dove basta un'escoriazione per favorire la crescita e la penetrazione della *Pseudomonas*: gli antibiotici utilizzati empiricamente sono quasi di regola inadatti a curare l'osteite da *Pseudomonas*; e la diagnosi eziologica può e deve essere posta anche in difetto di isolamento batteriologico.

M^cB