

Tre casi difficili, che diventano facili quando si seguono delle linee di pensiero e di azione coerenti e in qualche modo obbligate.

ATELETTASIA DA CORPO ESTRANEO

A. Pisanti, R. Pisanti

AORN Santobono-Pausilipon, Napoli

Il paziente ha 11 anni ed è nato nel Paese di origine dei genitori, in Ucraina; è figlio unico e ha vissuto circa tre anni con i nonni in Ucraina per poi raggiungere i genitori in Italia.

Ha frequentato la scuola italiana, parla perfettamente la nostra lingua e ha un ottimo rapporto con i suoi compagni di scuola.

I genitori risiedono nella provincia di Caserta, hanno un lavoro regolare, regolare permesso di soggiorno, risiedono in Italia ormai da otto anni e hanno un buon grado di scolarizzazione.

Il bambino viene portato nell'ambulatorio della UOC di Pneumologia.

Presenta tosse da circa 6 mesi, a volte dispnea espiratoria. Ha inoltre febbre elevata da circa 48 ore. Fino a sei mesi prima il bambino è stato sostanzialmente bene, ha presentato solo qualche raro episodio di flogosi delle prime vie aeree (PVA).

Sei mesi prima, quindi, ha cominciato a presentare tosse quotidiana, praticamente senza alcuna soluzione di continuità.

Gli episodi definiti come asmaticiformi sono poi diventati abbastanza frequenti, specialmente in occasione di flogosi delle PVA. Sembra che negli ultimi mesi abbia presentato episodi febbrili più spesso che nel passato. Portato dal medico di base più volte, è stato trattato come un paziente asmatico ma sempre senza successo. È stato ricoverato circa 15 giorni prima presso un reparto di pediatria della provincia, dove è stata formalizzata la diagnosi di broncopolmonite con conferma radiologica. È stata praticata terapia antibiotica, steroidea, sono stati somministrati broncodilatatori, ma la situazione clinica non è mai cambiata: il bambino continua a presentare tosse stizzosa "frequente", spesso sono presenti segni di broncospasmo, ma nell'intervallo tra gli episodi asmaticiformi all'ascoltazione del torace non emerge mai niente.

Il bambino viene ricoverato e sottoposto a esami di laboratorio. Emocromo: GB 9000, N 42%, L 51%, Eo 2%, B 0,5%, M 4,5%, VES (1 h) 42 mm, PCR 23 (v.n. < 0,5), LDH 254, AST 12, ALT 14. Tutti gli altri esami di routine negativi, eccetto Mantoux positiva.

Rx torace: in proiezione anteroposteriore (A-P) addensamento-opacità nella regione basale sinistra del polmone di destra con opacamento netto del seno cardiofrenico (sembra sia la stessa regione dove era stato rilevato il focolaio nel precedente ricovero). La proiezione in laterolaterale (L-L) rivela atelettasia "netta" e totale del lobo medio.

Il bambino durante il ricovero continua a presentare febbre elevata, stato di prostrazione, sofferenza generale, dolori muscolari e ossei, e la tosse è aggravata da una fastidiosa sintomatologia catarrale che gli comporta anche un respiro sibilante. La situazione clinica comincia a destare preoccupazione perché la tosse, molto fastidiosa, non regredisce con l'uso di salbutamolo e non consente al bambino di riposare bene. I genitori, ma anche i medici, non nascondono una certa preoccupazione nei pochi giorni che seguono al ricovero.

Ormai il quadro clinico sembra essere da manuale: tosse e sintomatologia che non regrediscono con terapia antiasmatica, presenti oramai da vari mesi; la terapia antibiotica e quella ste-

roidea non sembrano aver inciso sui sintomi né la prima volta né in questa occasione; Mantoux positiva; la radiografia del torace mostra forma classica di "sindrome del lobo medio" (la cui eziologia più probabile è "infezione specifica").

La diagnosi è verosimilmente di malattia tubercolare; anche l'età e la provenienza etnica del paziente depongono per questa diagnosi.

Ma qualcosa non quadra: innanzitutto la febbre dopo 5 giorni scompare (in terapia con una cefalosporina per via orale), gli indici di flogosi, già non eccessivamente alterati, tornano praticamente nella norma. Da rimarcare: una forma simil-influenzale l'avevano contratta anche i genitori.

Tuttavia i sintomi respiratori e il quadro radiologico sono immutati: una decisione in favore di una terapia specifica diventa "pressante".

Si esegue rapidamente un aspirato gastrico per la ricerca del micobatterio tubercolare (MT) con colorazione di Ziehl-Neelsen (Z-N) e con PCR e si avvia la coltura (ma sappiamo bene che il risultato di questa sarà disponibile solo tra 50-60 giorni: troppo tempo!). Entrambi gli esami (Z-N e PCR) risultano negativi, ma tutto ciò non è sufficiente per non iniziare la terapia "specificata", almeno con 3 farmaci e almeno per 6 mesi.

Ancora una cosa però non quadra: è vero, l'Rx del torace mostra una sindrome del lobo medio da... manuale, la Mantoux è chiaramente positiva... ma...

1. Il linfonodo che dovrebbe stare a monte del lobo atelattasico non si vede!

2. I genitori non sanno dire se il piccolo è stato vaccinato con BCG, perché questa vaccinazione in Ucraina viene fatta a tutti i bambini nei primi due anni di vita, ma il bambino in quel periodo non ha vissuto con loro.

3. Tutto sommato la sintomatologia, anche se presente da tanti mesi, anzi proprio per questo, e a noi pare strano, dissocia con il laboratorio; sembrava poter coincidere per pochi giorni, ma solo per effetto di una virosi in corso.

Queste considerazioni ci inducono a fermarci una attimo... e a riflettere! Si decide di eseguire un esame disponibile solo da poco: il dosaggio dell'interferone- γ , specifico per MT (*QuantIFERON-TB*).

Dopo due giorni arriva la risposta: il *QuantIFERON-TB* è negativo, anche se la Mantoux è positiva.

La risposta del *QuantIFERON-TB* ci informa che una malattia tubercolare non è in atto. Potrebbe esserci stata una vaccinazione, ma potrebbe essere più semplicemente che il bambino, come tutti ancora negli anni '60 in Italia, abbia avuto un'infezione tubercolare primaria senza malattia. Infatti il *QuantIFERON-TB* distingue tra una TB in atto e un'infezione pregressa senza malattia.

Tutte queste considerazioni ci inducono a effettuare una broncoscopia, che per fortuna riusciamo a praticare subito.

Sorpresa e stupore: nel bronco principale medio viene trovato un corpo estraneo (un tappetto di penna), che viene estratto prontamente.

Veramente incredibile: il sesso maschile è sì quello più a rischio, ma... l'età: 11 anni!

La tosse come per miracolo scompare completamente.

La radiografia A-P e L-L mostra l'area del lobo medio completamente "schiarita"!

IL BAMBINO "GONFIO"... PER UN CORPO ESTRANEO

V. Bonifacci, C. Bertozzi, P.L. Cremonini,
S. Tonioli, L. Reggiani

Pediatria di gruppo, Imola (Bologna)

Pediatria di gruppo, un'intensa mattinata di novembre come tante. Squilla il telefono: è la madre di un bambino di due anni; dice che il piccolo già dal mattino è strano... cioè sta bene, ha mangiato, ma, a guardarlo bene, sembra che abbia la faccia gonfia!

Decidiamo di vedere il bambino: ci appare in buone condizioni generali, è vigile e reattivo; si evidenzia in effetti una tumefazione al volto, edema palpebrale e linfadenomegalia laterocervicale destra associata a una iperemia del rinofaringe. La restante obiettività è nella norma. La madre riferisce la comparsa, da circa tre giorni, di febbre (T = 37,8° C costante), associata a tosse grassa; gli esami ci mostrano una PCR di 0,9 mg/dl. Nel sospetto di una sindrome mononucleosica associata a edema si decide di somministrare una dose di betametasona.

Il giorno dopo il piccolo torna in ambulatorio: la tumefazione è peggiorata nettamente; ora interessa il volto, il collo e la parte superiore del torace fino alla regione sacrale; la milza è palpabile. L'ipotesi che si tratti di edema comincia a vacillare, la distribuzione del quadro e, stavolta, l'obiettività alla palpazione (si sente qualche raro crepitio che il giorno prima non era presente) ci fanno sospettare qualcosa di diverso...

Misuriamo i parametri vitali: la SatO₂ è del 98%, FC 138, PA 140/90.

Inviato d'urgenza il piccolo presso un Centro di terzo livello, dove viene ricoverato.

Un Rx del torace mostra un pneumotorace basale a destra e sospetto a sinistra; un pneumomediastino e un importante enfisema sottocutaneo dei tessuti molli del collo e della parete toracica, esteso fino al cavo ascellare bilateralmente. L'Rx diretto dell'addome rivela un enfisema dei tessuti molli della parete toraco-addominale senza pneumoperitoneo.

Il giorno seguente, per l'aggravarsi delle condizioni cliniche del bambino (SatO₂ 92-96%; dispnea) e alla luce di un nuovo Rx

torace che mostra un peggioramento del quadro, si decide il trasferimento in terapia intensiva.

L'esecuzione di una TC urgente conferma l'esito dell'Rx: pneumotorace bilaterale, pneumomediastino e importante enfisema sottocutaneo di cui non si riesce a individuare la causa.

In accordo con i chirurghi si opta per la detensione dell'enfisema del territorio toracico con aghi butterfly. Nei giorni seguenti le condizioni cliniche del bambino migliorano progressivamente e si mantengono sempre stabili i parametri cardiocircolatori, per cui è possibile rimuovere gli aghi e sospendere l'ossigeno-terapia.

Sei giorni dopo l'ingresso in terapia intensiva il bambino sta bene, non ha dolore né dispnea, la SatO₂ è buona e l'enfisema sottocutaneo è praticamente scomparso; anche un TC di controllo evidenzia un netto miglioramento dell'obiettività precedentemente segnalata.

A questo punto la situazione è certamente confortante, ma resta il fatto che non sia stata ancora individuata la causa della sintomatologia. Per tale motivo il giorno dopo il bambino viene sottoposto a una laringotracheoscopia...

A livello della trachea e del bronco principale di destra si evidenziano molte secrezioni, tra le quali si notano numerosi frammenti di nocciola, che vengono asportati.

In tale sede si riscontrano inoltre numerosi granulomi facilmente sanguinanti.

Finalmente svelato il mistero! Il paziente ha inalato un corpo estraneo, una nocciola, i cui frammenti, fermatisi a livello della trachea e del bronco di destra, hanno dato origine a lesioni di tipo perforante. Attraverso tali lesioni l'aria è fuoriuscita dall'apparato respiratorio dando origine a enfisema, pneumotorace e pneumomediastino. Con la guarigione di tali lesioni l'aria libera è stata riassorbita.

Ora il bimbo sta bene e un controllo a distanza di un mese con Rx e broncoscopia ha dato esito negativo.

Ciò che ci ha particolarmente colpito in questo caso è l'assenza di una sintomatologia d'esordio di tipo respiratorio importante e la presenza di una buona saturazione in un paziente con quadro fisiopatologico grave. Inizialmente non avevamo nemmeno ipotizzato una patologia respiratoria!

VOCAL CORD DYSFUNCTION

G. Tornese, M. Spaccini¹, E. Neri, M. Maschio

Pronto Soccorso e Primo Accoglimento

IRCCS "Burlo Garofolo", Trieste

¹Pediatra di famiglia, Trieste

Dopo una serie di notti insonni e di incubi ricorrenti era arrivata la prima guardia da "strutturale" in Pronto Soccorso. Paura di sbagliare, di non capire, di non saper fare, di sottovalutare. Ma, tra bambini con tosse, mocciosi, ferite e quant'altro la mattinata era trascorsa e la fine del primo turno sembrava ormai vicina. "Sembrava"...

Mentre già sognavo l'uscita dall'ospedale, l'infermiera mi riferisce la chiamata di una pediatra di base che manda un suo assistito con il 118. "Con il 118?!?". Le notizie sono confuse... "È un broncospasmo..." "No, è un laringospasmo... ha detto che non risponde all'adrenalina... anzi...". E mentre le notizie si confondono sempre più, il tempo passa e mi considero "salvo" perché sono arrivate le 14 e con esse il cambio alla collega del turno seguente.

Allo scoccare del cambio turno entra la barella del 118 con il paziente e il suo respiro rumorosissimo. Codice rosso. Però il saturimetro segna 100% in aria ambiente. Ma come?!

Il bambino è agitato, notevolmente agitato. Cerchiamo di raccogliere la storia dai genitori accorsi con lui, ma non è così facile identificare gli aspetti "salienti"...

La "dispnea" era insorta a scuola, dopo aver mangiato mandarini e cioccolata... Aveva tossito un po' dopo aver mangiato un mandarino... Anche la sera prima aveva la tosse e la voce un po' roca, ma la notte aveva riposato bene... La sera prima aveva avuto anche una reazione locale al muschio sul dito indice... No, non era un asmatico e non c'era familiarità... La dispnea era insorta durante la lezione di musica e la maestra ha riferito che aveva accusato un dolore toracico acuto mentre cantava... In realtà prima della lezione di musica un compagno lo aveva spinto su uno spigolo del tavolo e aveva battuto a livello dello sterno... Aveva avuto anche dei conati di vomito... Poi il padre era andato a prenderlo a scuola ed erano tornati a piedi a casa chiacchierando di calcio e sembrava stare proprio bene... Ma disteso sul divano di casa aveva avuto di nuovo la sen-

CASI INDIMENTICABILI in Pediatria ambulatoriale

sazione di non respirare, per cui hanno chiamato la pediatra... La pediatra aveva ricevuto la telefonata di un papà che conosceva da tanto tempo come persona equilibrata, ma che stavolta raccontava preoccupato del figlio che respira male... Ma, quando il padre aveva passato il figlio al telefono, il bambino parlava tranquillamente, anche se attraverso la cornetta si sentiva la dispnea... Il padre voleva portarlo in ambulatorio nel pomeriggio, ma la pediatra aveva chiesto di vederlo comunque in mattinata... Quando i due erano arrivati in ambulatorio, avevano atteso in sala d'aspetto senza bussare, ma a breve la pediatra era accorsa, preoccupata dalla dispnea afona, e aveva avviato rapidamente un aerosol con cortisone e 2 fiale di adrenalina... La dispnea però non era migliorata, anzi si era fatta più profonda, il respiro più raro... Era stato chiamato rapidamente il 118... Mentre arrivava, però, il bambino aveva camminato tranquillamente verso l'uscita incontro all'ambulanza... Giunto il 118, era stato messo rapidamente in ossigeno, si era presa una vena, era stato applicato un saturimetro... la saturazione era al 100%... Sull'ambulanza avevano continuato con aerosol di broncodilatatore e cortisone in vena, ma senza benefici...

Osservo dall'esterno la determinatezza dei miei colleghi e delle infermiere che, come secondo copione, seguono le loro

parti già scritte. Mi chiedo cosa avrei fatto io se mi fossi trovato da solo. Mi pongo le mie domande: sarà un'inalazione di corpo estraneo (magari un seme del mandarino che stava mangiando, che è andato nella direzione sbagliata mentre tossiva)? Oppure un pneumotorace dovuto allo spintone del compagno di classe? Però, perché di tanto in tanto stava di nuovo miracolosamente bene?

Così, mentre il bambino viene rassicurato, la sua saturazione resta al 100%. Quando la mamma arriva in Pronto Soccorso, il suo respiro si normalizza. Così viene mandato in radiologia, e me ne torno a casa curioso di come la storia si sarebbe conclusa.

Nel pomeriggio ricevo notizie dai colleghi: l'Rx torace era negativo e il paziente ha "semplicemente" una *vocal cord dysfunction*: tipica la paura dell'interessato e di chi lo ha assistito, come pure la rapida insorgenza e la brusca risoluzione, ma anche la ricorrenza delle crisi nelle ore successive; tipica è la dispnea con il mantenimento della buona saturazione; considerando che a volte sono le stesse circostanze a riprodurre la crisi, è stato consigliato di non cantare per qualche giorno...

Pneumotorace... corpo estraneo inalato... ma alla *vocal cord dysfunction* non avevo minimamente pensato, preso dalle "mie" paure...