

CASI INDIMENTICABILI in Pediatria ambulatoriale

Due casi di tubercolosi molto diversi: uno, in Italia, con molti esami positivi e senza una vera patologia; l'altro, in Africa, con una patologia insopportabile, e quasi senza esami.

BASTAVA LA MANTOUX

*Angela Pasinato, Vittorio Zuffellato
Pediatri di famiglia, Vicenza*

N. è un bambino di 2 anni, terzogenito di una famiglia un po' speciale. È affetto da carenza di G6PDH. Il fratello maggiore, D. di 11 anni, è figlio di un altro padre ed è stato splenectomizzato a 9 anni dopo una grave crisi di deglobulizzazione (Hb 5 g%) in seguito a una infezione da parvovirus B19: è affetto da sferocitosi congenita.

La madre è sia portatrice di sferocitosi congenita che di carenza di G6PDH. È molto attiva nell'accudire i figli che si ammalano mediamente un po' più dell'usuale. A parte il maggiore, gli altri due finora hanno avuto solo le solite malattie dell'età.

A gennaio 2004, N. viene ricoverato per "febbre persistente con esantema diffuso" (la febbre con periodi di apiressia variabili era presente da circa 50 giorni).

In questa occasione una Mantoux viene data come debolmente positiva a 48 ore e negativa a 72 ore. Lo specialista ORL mette in evidenza una tumefazione laterocervicale dx sottoauricolare (linfonodi reattivi?). La sierologia per Epstein-Barr è negativa.

Alla fine di maggio 2004 (nel frattempo si è ammalato altre 3 volte, sempre con flogosi delle vie respiratorie), in occasione del bilancio di salute dei 2 anni, i linfonodi all'angolo mandibolare dx sono notevolmente aumentati: la sierologia per *Bartonella*, Epstein-Barr e citomegalovirus è negativa e non è disponibile nessun preparato per intradermoreazione per micobatteri atipici; la cute sovrastante il linfonodo angolo-mandibolare dx comincia ad arrossarsi.

Il bambino viene sottoposto a exeresi chirurgica del linfonodo. Il linfonodo appare al chirurgo francamente adeso alla cute con colloquazione centrale di pus chiaro.

L'esame istologico a fresco mette in evidenza una necrosi con granulomatosi suggestiva di un'infezione da micobatteri, ma l'infettivologo non ritiene opportuno iniziare subito una terapia antitubercolare (Rx torace negativo, Mantoux negativa).

Ad agosto 2004 anche gli altri membri della famiglia eseguono la Mantoux e il fratello maggiore risulta fortemente positivo (>18 mm). Al fratello maggiore viene fatta anche una radiografia del torace che è negativa e un'ecografia dei linfonodi laterocervicali che mette in evidenza alcuni linfonodi con nucleo reattivo.

A questo punto tutti e due i fratelli vengono posti in terapia con farmaci antitubercolari dal Centro antitubercolare di riferimento.

A settembre arriva l'esito della coltura del linfonodo: *Mycobacterium avium*. Si sospende la terapia a N. mentre D. prosegue. Nel frattempo viene richiesto, presso un altro Centro, l'approfondimento diagnostico con un esame a me sconosciuto: il T-spot, il cui esito perviene a novembre; per N. non c'è problema, mentre D. risulta positivo, indice di un'infezione tubercolare latente, e mentre D. continua con la terapia antitubercolare, N. inizia un ciclo di terapia con macrolidi.

Indimenticabile perché?

Perché sono partito con un problema in un fratello e sono arrivato con lo scoprire un problema specifico nell'altro fratello, che inizialmente sembrava apparentemente sano, e per di più

attraverso un esame di cui non ero nemmeno a conoscenza. E se non avessimo avuto il risultato del T-spot sarebbe cambiato qualcosa? In verità, bastava la Mantoux.

DALL'ANGOLA IL "SOLITO" PIOPNEUMOTORACE RECIDIVANTE

*Tania Gerarduzzi, Clinica Pediatrica, IRCCS "Burlo Garofolo",
Trieste, e Hospital Divina Providencia, Luanda, Angola*

N., 3 anni e 10 kg scarsi di peso, si presenta nell'ambulatorio dell'Ospedale Divina Providencia di Luanda. È solo la 23esima paziente che vedo quel giorno. Dietro la porta ci sono altri 5 bambini che mi aspettano, e fuori, sotto il portico dell'accettazione, ce ne saranno almeno un'altra ventina. Che occhi che ha, capelli decolorati. Certo, me la manderanno perché è malnutrita. La mamma non c'è. È venuta con il papà che me la spoglia per mostrarmi qualcosa che non capisco subito, un po' per il mio portoghese ancora approssimativo, un po' per il suo dialetto kimbundu. Compare il pancione, a fronte di un tessuto sottocutaneo praticamente assente a livello di braccia e torace, i piedi sembrano un po' gonfi, sembra idratata.

Cosa? Sì, è vero. Tra il 3° e il 4° spazio intercostale, circa sulla linea mammillare sinistra, c'è una tumefazione di poco più di 1 cm di diametro. La guardo da vicino, la tocco e, sì, è fistolizzata e fuoriesce del pus bianco-grigiastro, maleodorante.

Tento di raccogliere un'anamnesi. La bambina è febbrile da alcuni giorni. No, non ha una vera e propria diarrea ma le feci in effetti sono un po' sfatte. Mangia praticamente solo funje (una specie di polenta di manioca) e riso con sugo di pomodoro. La carne costa troppo. Le uova? No, anche loro sono care e portano la febbre tifoide. Il pesce, beh certo, lo mangia qualche volta. I fagioli? Ma come, dottora, non fanno diarrea? Vaccinazioni? Sì, sì. Controllo il cartellino vaccinale e scopro che ha fatto la dose di BCG alla nascita e solo la prima dose della trivalente. Completo la visita e mi accorgo che, a parte il kwashiorkor e quel foruncolo al torace, la mia piccola N. ha una polmonite: frequenza respiratoria di 60 atti/min, rantoli a medie bolle a sinistra e a destra, murmure ipotrasmeso alla base sinistra, senza dispnea. Tenendo le dita incrociate, telefono in Pediatria per scoprire se abbiamo ancora posto e sono fortunata.

Ricoverata, imposto subito la terapia della polmonite con l'ampicillina venosa e la faccio entrare nel protocollo malnutriti: formula speciale OMS, ogni assortimento di vitamine, magnesio, rame e zinco, mebendazolo per sparassarla. La mando poi a farsi medicare il piccolo ascesso al torace presso la nostra fantastica "Pequena Chirurgia".

E torno a dedicarmi agli altri pazienti della giornata. Sì, penso alla possibile utilità di una radiografia, ma stanno riparando la macchina. In fondo, so già che ha una polmonite: cosa mi cambia, visto che non è più dispnoica?

Il giorno successivo vengo contattata dall'infermiere-chirurgo che le aveva medicato l'ascesso; mi consiglia di effettuare una radiografia perché ha la certezza di aver identificato un tramite fistoloso nell'ascesso. E così è davvero. Una vera immagine da libro. Un vero piopneumotorace, con un bel livello, senza spostamento del mediastino. Secondo le regole dell'ospedale, devo

CASI INDIMENTICABILI in Pediatria ambulatoriale

trasferire la bambina presso l'ospedale pediatrico universitario dove le verrà applicato un drenaggio. Preparo una relazione clinica in portoghese forbita (!?), dove sottolineo l'evidente stato nutrizionale scadente, e mi congedo dal papà, pregandolo di farmi sapere come andrà.

Dopo un mese, eccoli (anche la mamma stavolta) comparire in reparto felici con N. finalmente guarita e con in mano alcune carte. Scopro che il decorso della polmonite è stato lungo, con diversi cambi di antibiotici (ceftriaxone, cloramfenicolo, clindamicina), e che le hanno mantenuto il drenaggio fino a 3 giorni prima e che la guarigione è stata molto lenta, ma in effetti la lastra di controllo è piuttosto buona. E poi di fronte a me ho un'altra bambina, di quasi ben 13 kg, senza edemi.

Sorrido alla mamma e nel mio cervello si accende una lampadina di sospetto. Già. Che magra questa mamma, direi cachettica. Vabbé, mi chiamano in reparto, quindi fisso un controllo a distanza di un mese.

Dopo un paio di settimane però, ecco di nuovo la piccola N. Febbrile, evidentemente dispnoica e polipnoica. Chiedo una lastra urgente e ottengo la stessa immagine del primo ricovero. A quel punto la mamma mi dice quello che avrei già dovuto chiedere. Lei è in cura presso il Sanatorio della città per tubercolosi. Fortunatamente entrambe sono risultate negative al test rapido per l'HIV.

Dopo l'ennesimo drenaggio e l'inizio della triplice terapia per la tubercolosi, la piccola N. sembra stare bene. Eppure ho rischiato grosso perdendo la diagnosi. Un ritardo diagnostico, insieme a un ritardo nell'accesso all'assistenza sanitaria, avrebbe potuto uccidere la bambina per l'insufficienza respiratoria. Mantoux? Sicuramente sì, ma era vaccinata. Cosa mostrava la lastra? Vorrei averla per mostrarvela, ma niente che non si potesse motivare come una polmonite pneumococcica o stafilococcica complicata. Piuttosto direi di ascoltare, chiedere e guardare bene. La diagnosi da subito era nell'anamnesi.

LE GIORNATE DI MEDICO E BAMBINO

Alessandria, 7-8 aprile 2006 - Hotel Marengo

Venerdì 7 aprile

9.00 - 9.30 **Giovani 3 volte: tre casi presentati dagli specializzandi**
modera F. Panizon

9.30 - 11.00 **Problemi correnti**
Il bambino che non mangia mai (M. Dunitz, Graz)
Bambini corti e bambini lunghi (G. Bona, Novara)
Teste piccole, teste grandi, teste "storte" (L. Genitori, Firenze)

11.20 - 11.50 **Aggiornamento** modera F. Marchetti
Anemie 2005: facili e difficili (U. Ramenghi, Torino)

11.50 - 12.50 **Pagina gialla**
Ultime notizie a cura di A. Ventura
L'articolo dell'anno letto dall'autore:
"Otitis media suppurativa: uno studio che chiude il problema?" (F. Marchetti, Trieste)

12.50 - 13.10 **Editoriale** (G. Tamburlini, Trieste)

14.30 - 15.00 **Giovani 3 volte** modera M. Fontana

15.00 - 16.15 **La Gazzetta del Nord Ovest**

- Succede anche questo (E. Ballerini, Milano)
- Non sempre le cose stanno come sembrano (A.G. Giurgola, Milano)
- Globuli bianchi: pochi, troppo pochi o troppi? (F. Bagnasco, Aosta)
- Una accusa infondata (B. Tubino, Genova)
- Una poliuria tenuta nascosta (P. Serraino, Alessandria)
- Nero tre volte (A. Guala, Borgosesia)

16.15 - 17.05 **Pediatria e Oltre lo Specchio**
La pediatria tira le somme (I parte)
(15 minuti di presentazione, 10 minuti di discussione)
modera G. Tamburlini

Cosa sono diventati:

- I bambini di genitori separati (E. Confalonieri, Milano)
- I bambini adottati (da vicino e da lontano) (E. Confalonieri, Milano)

17.20 - 19.00 **Pediatria e Oltre lo Specchio**

La pediatria tira le somme (II parte)
(15 minuti di presentazione, 10 minuti di discussione)
modera G. Tamburlini

Cosa sono diventati:

- I neonati VLBW (S. Demarini, Trieste)
- I bambini con ADHD (S. Millepiedi, Pisa)
- I bambini dipendenti dalla NPT (A. Barabino, Genova)
- I bambini con asma grave (G. Longo, Trieste)

La Tavola rotonda è impostata possibilmente partendo dalla presentazione di un caso che semplifica il problema.

Sabato 8 aprile

8.30 - 9.00 **Giovani 3 volte** modera A. Ventura

9.00 - 10.40 **Tavola rotonda (Problemi correnti)**
(15 minuti di presentazione, 10 minuti di discussione)

- 1 farmaco: insulina vecchia e nuova (G. Tonini, Trieste)
- 1 vaccinazione: la varicella (F. Massei, Pisa)
- 1 malattia: il vomito ciclico (F. Pesce, Alessandria)
- 1 segno: la splenomegalia (M. Rabusin, Trieste)
- 1 test: anti-tTG in un minuto (T. Not, Trieste)

11.00 - 12.45 **La chirurgia estetica in pediatria: lusso o necessità?**
(15 minuti di presentazione, 10 minuti di discussione)
modera J. Schleef

- Le orecchie a sventola (D. Di Mascio, Parma)
- Angiomi e anomalie vascolari (P. Lelli Chiesa, Pescara)
- Petto scavato (J. Schleef, Trieste)
- Arti corti (G. Maranzana, Trieste)
- Nei Paesi in via di sviluppo (F. Vaccarella, Alessandria)

12.45 **Premiazioni per le migliori presentazioni giovani e gran finale con l'Editoriale del prof Panizon**

13.30 **Verifica di apprendimento (Test ECM)**




A QUESTO CONGRESSO SONO STATI ASSEGNATI 7 CREDITI FORMATIVI (ECM)

SEGRETERIA SCIENTIFICA

Fernando Pesce, Giorgio Longo, Federico Marchetti, Franco Panizon, Giorgio Tamburlini, Alessandro Ventura

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

 **Quickline** Traduzioni&Congressi
via S. Caterina da Siena 3 - 34122 TRIESTE
Tel. 040 773737-363586 - Fax 040 7606590
e-mail: congressi@quickline.it <http://www.quickline.it>

INVIO DEGLI ABSTRACT

Tania Gerarduzzi
e-mail: getania@yahoo.it, Fax 040 3785362

Laura Travan
e-mail: ltravan@libero.it, Tel. 340 2239046 - Fax 040 3785514

Clinica Pediatrica, IRCCS "Burlo Garofolo" - Via dell'Istria, 65/1, 34137 Trieste