

CASI INDIMENTICABILI in Pediatria ambulatoriale

Tre palle, tre patologie classiche, tre diagnosi allo stesso tempo facili e istruttive, tutte e tre a buon fine (almeno lo speriamo, e tanti auguri al caso 2). Tre palle e un soldo di salute.

TRE PALLE, UN SOLDO

*Andrea Lambertini, Patrizia Alvisi, Giovanna Mescoli
Pronto Soccorso Pediatrico, Unità Operativa di Pediatria
Ospedale Maggiore, Bologna*

«Venghino venghino, signore e signori! Dimostrate la vostra abilità al tiro a segno, tre palle un soldo!»

Doveva suonare più o meno così il grido che nelle vecchie fiere invitava gli avventori a cimentarsi in un tiro a segno.

Non c'erano certo le Playstation e i videogames per colpire avversari con armi al laser e ci si doveva obbligatoriamente accontentare di scagliare una palla contro alcuni pupazzi o una piramide di barattoli racchiusi in un semplice casotto di legno.

Nell'era dei reality show e dei film natalizi dei fratelli Vanzina nessuno si scandalizzerà se l'argomento principale di queste storie sono proprio le *palle*, nell'accezione più popolare e boccaccesca del termine: testicoli.

Questa è davvero una storia di palle, precisamente di tre palle e il prezzo da pagare non è un soldo, ma soltanto un po' di pazienza per ascoltarle.

Storia 1

Matteo ha 11 anni, è sempre stato bene; circa una settimana prima del ricovero ha iniziato a riferire dolenza al testicolo sinistro, che dopo due-tre giorni si è fatto edematoso.

È stato accompagnato al Pronto Soccorso, dove il chirurgo ha ipotizzato la presenza di una torsione dell'idatide del Morgagni e ha prescritto terapia antinfiammatoria con ibuprofene, rinviando il bambino a domicilio, con l'indicazione di tornare al controllo ambulatoriale il giorno seguente.

L'indomani la situazione è solo lievemente migliorata: funicolo e testicolo sinistro sono indenni, mentre al polo superiore si apprezza a fatica la presenza di una piccola massa dolente. Viene presa la decisione di provare a insistere con la terapia medica.

A casa Matteo continua ad avere dolore e lo scroto si mantiene edematoso, per cui i genitori decidono di riportarlo in PS. Abitano lontano, in un paesino dell'Appennino e, come sempre succede, arrivano in ospedale che è già notte fonda. Il medico di guardia chiama il chirurgo pediatra reperibile. La diagnosi ovviamente non è cambiata, mentre cambia l'atteggiamento terapeutico: Matteo viene ricoverato, mentre si allerta la sala operatoria. Anche sul tavolo operatorio non ci sono sorprese diagnostiche, o quasi: Matteo, oltre a un versamento e a una epididimite reattiva, ha davvero una torsione dell'idatide del Morgagni, ma sono 2! Viene praticata l'exeresi delle due masserelle torte e necrotiche e l'enucleazione di una piccola cisti dell'epididimo: tre palle, tre piccole palle nell'emiscroto sinistro.

Il giorno seguente Matteo sta bene e viene dimesso.

Storia 2

Alex ha quasi 5 anni; viene inviato in Pronto Soccorso dalla sua pediatra per una visita chirurgica urgente. Da un paio di giorni è febbrile e si è recato in ambulatorio perché lamenta dolore a un testicolo.

Arriva in PS in una di quelle serate da tragedia, in cui la sala d'aspetto è piena di bimbi che piangono, hanno la febbre o il vomito, e i genitori, che non hanno più nemmeno una sedia su cui riposare, rumoreggiano e incalzano il medico e l'infermiera perché si

prendano cura del loro figlio. Il medico di guardia convoca subito il chirurgo pediatra, che rileva la presenza di edema e iperemia scrotale, con intensa dolorabilità spontanea e testicolo scarsamente apprezzabile. Viene subito fatta diagnosi di "scroto acuto"; Alex viene sottoposto agli esami di routine e ricoverato in Chirurgia Pediatrica, mentre si allerta la sala operatoria.

Dopo circa un'ora il Laboratorio telefona per segnalare che qualcosa non va negli esami del bambino. Alex ha 9400 globuli bianchi (ma 80% di questi sono elementi blastici), 2.920.000 globuli rossi (con Hb 8 g%) e 29.000 piastrine.

Il chirurgo impallidisce, licenzia l'anestesista e libera la sala operatoria, chiamando in consulenza il pediatra.

Ma in Pronto Soccorso il medico di guardia è sempre più in ostaggio delle urgenze ed è alle prese con una rachicentesi per un lattante con sospetta sepsi. Viene allora convocato il pediatra reperibile che, quando visita Alex, con tutta l'apprensione, ma anche la concentrazione del caso, rileva aspetto sofferente, pallore spiccato, moderata epatomegalia, micropoliadenopatia laterocervicale, con un piccolo linfonodo apprezzabile in sede sopraclavare. Inizia terapia antibiotica e infusione di liquidi, mentre vengono presi contatti con l'oncoematologia pediatrica.

Nel frattempo è già notte; al mattino il bimbo viene sottoposto a una radiografia del torace e a un'ecografia addominale e dello scroto, indagini che risultano complessivamente nella norma, se si esclude la presenza di versamento endoscrotale.

Un'ora dopo Alex viene trasferito in oncoematologia. Dopo qualche tempo ci viene comunicata la diagnosi, che non desta purtroppo alcuna sorpresa: leucemia linfoblastica acuta. Attualmente è in corso la terapia di induzione, rischio standard, SNC indenne.

Storia 3

Enrico ha 4 anni e, quando giunge al nostro Pronto Soccorso, è già da 5-6 giorni che non sta bene. Proprio nella notte di Ferragosto si è svegliato lamentando dolori addominali periombelicali, che si sono ripresentati saltuariamente anche nelle successive 48 ore. Non aveva mai presentato sintomi simili in precedenza, l'alvo è sempre stato regolare.

Preoccupati per il persistere del dolore addominale, i genitori, che sono in vacanza sull'Appennino bolognese, accompagnano Enrico al PS dell'ospedale più vicino. Qui viene riscontrata la presenza di un diffuso meteorismo intestinale e viene sottoposto a un clistere, con successive evacuazioni di feci formate, normocoliche. Il medico di guardia riscontra anche la presenza di una ecchimosi in sede scrotale, aggiunge un punto interrogativo al suo referto e rinvia Enrico a casa, con diagnosi di "riferito modesto trauma scrotale con meteorismo intestinale".

Ma Enrico, che ricorda molto vagamente un trauma ai testicoli, a casa continua ad avere mal di pancia: crisi complessivamente brevi, ma intense e non più solo limitate alle ore notturne. Lo zio del bimbo è un pediatra, un amico e, a questo punto, dal luogo di vacanza in cui si trova, consiglia ai genitori di tornare in città e rivolgersi al nostro PS pediatrico.

All'ingresso presenta aspetto sofferente, addome trattabile su tutti i quadranti, modesta soffiatura ecchimotica allo scroto. Viene subito fatto vedere al chirurgo pediatra, che, oltre al solito meteorismo intestinale, non riscontra nulla di patologico.

L'ecografia addominale risulta normale, come pure gli esami ematici, nelle urine solo la presenza di corpi chetonici.

Nei due giorni seguenti il quadro clinico si mantiene più o meno inalterato: ogni tanto, soprattutto di notte, Enrico lamenta dolori

CASI INDIMENTICABILI in Pediatria ambulatoriale

addominali crampiformi, che recedono con il paracetamolo; saltuariamente ha vomito alimentare. Non ha dolore allo scroto, la cui cute è ora rosea. Ripete gli esami (di nuovo nella norma), ripete l'eco addome (normale) ed esegue un radiografia diretta dell'addome (meteorismo gastrico e delle anse senza livelli idroaerei), e poi anche una radiografia del tubo digerente che mostra solo un rallentato svuotamento gastrico. Arriva intanto il risultato della prima ricerca di sangue occulto nelle feci ed è positivo, si organizza una scintigrafia addominale con tecnezio per la ricerca di un diverticolo di Meckel, che risulta però negativa. Nel corso della terza notte in ospedale Enrico ha ancora dolori crampiformi intermittenti; il mattino seguente però sono ricomparse manifestazioni petecchiali allo scroto, ma anche al dorso dei piedi e al braccio destro. Il piede destro appare inoltre un po' tumefatto ed è dolente alla pressione.

Il quadro clinico comincia allora a farsi più chiaro: è una porpora di Schoenlein-Henoch.

Nei giorni seguenti la sintomatologia non si modifica significativamente e prosegue con andamento oscillante: poussées di mani-

festazioni cutanee, ricorrenza di crisi dolorose addominali, regressione dei fenomeni scrotali e costante normalità dell'esame urine. Malgrado quest'ultimo elemento, la sintomatologia addominale induce a iniziare terapia con steroidi (prednisone 2 mg/kg/die), che verrà poi mantenuta per 10 giorni.

Gli accertamenti eseguiti nella seconda fase del ricovero sono risultati nella norma per quanto riguarda l'assetto immunologico e la sierologia infettiva (streptococco, borrelia ecc.); in accordo con la diagnosi si sono riscontrate una riduzione del fattore XIII della coagulazione e un'elevazione del D-dimero di fibrina. La diagnosi è poi stata poi confermata dalla biopsia cutanea (per sfortuna di Enrico lo zio è un amico pediatra!): "quadro morfologico di vasculite leucocitoclastica".

«Venghino venghino, signore e signori. Dimostrate la vostra abilità al tiro a segno, tre palle un soldo! Ma fate attenzione, perché sembrano tutte uguali le storie di palle, ma può essere difficile fare centro e non potete permettervi di non colpire nel segno».

CORSO - SEMINARIO

9-11 giugno 2005

Pediatria nei Paesi in via di sviluppo:

epidemiologia, organizzazione dei servizi e linee guida cliniche

Trieste, IRCCS "Burlo Garofolo", Centro Collaboratore dell'OMS e Scuola di Specializzazione in Pediatria

Iscrizioni: 040 3785419 (Antonella Nuzzo)