

Due motivi per un ricovero...più di uno per un mancato ritorno

MASSIMO MASCHIO

Hospital Divina Providencia, Luanda, Angola

G., bimbo angolano di 9 mesi, giunge alla nostra osservazione per la presenza di tosse da 15 giorni, diarrea da 4 e febbre; anamnesticamente la mamma riferisce che sta mangiando uno yoghurt al giorno dall'età di 7 mesi, ha perso progressivamente peso nel medesimo periodo, lei non lavora, il marito ha perso il lavoro da poco e lei è la sua seconda moglie; lui ha avuto precedentemente tre figli dalla prima moglie.

Obiettivamente presenta un **quadro severo di malnutrizione** (peso di 4,4 kg; rapporto peso/altezza del 60%), disidratazione grave, è febbrile (38°C), modesta polipnea (52 atti/min), la cute è rosea; linfadenopatia laterocervicale bilaterale, ingresso d'aria notevolmente ridotto a destra e rantoli inspiratori a sinistra; gli esami non mostrano un emocromo significativo, la goccia spessa è negativa, la VES è pari a 100, la RX del torace evidenzia un'opacità in sede ilare destra; test rapido per HIV negativo.

La Mantoux a 72 ore risulta positiva (18 mm). Dopo un bolo anti-shock con Ringer lattato e destrosio 5%, terapeuticamente abbiamo seguito le **linee guida OMS**: alimentazione frequente ogni 3 ore inizialmente con formula Unicef F75, doppio antibiotico (ampicillina e gentamicina), mebendazolo, metronidazolo, multivitaminico ed acido folico, vitamina A per tre giorni.

Visto il quadro respiratorio aggiungiamo pure steroide (metilprednisolone 2 mg/kg) e dopo il risultato della Mantoux iniziamo **terapia antitubercolare** (isoniazide, rifampicina, pirazinamide). Pur mantenendo sempre una reattività sbalorditiva le condizioni di G. cominciano a migliorare solo dopo 20 giorni: in formula F100 e pappa il peso comincia a crescere, il quadro respiratorio migliora progressivamente: viene dimesso in 30a giornata con peso di 6,7 kg, rapporto peso/altezza pari all'85%. Purtroppo G. non è mai venuto ai controlli successivi e nemmeno in Pediatria e non ha nemmeno continuato ad assumere la terapia antitubercolare; in sostanza non ne abbiamo "più saputo nulla".

Il caso è indimenticabile perché racchiude in sé alcuni spunti di riflessione e constatazioni:

1. Lo stato di malnutrizione è stato innescato dalla tubercolosi oppure è più verosimile l'opposto e cioè che esso abbia favorito l'infezione tubercolare?
2. L'approccio OMS, anche "aggressivo" se vogliamo, e la terapia antitubercolare ha permesso, forse anche con un po' di fortuna, di far rifiorire G.;
3. Il vissuto familiare del bimbo non è un infrequente nella società angolana: padre con un matrimonio alle spalle, senza lavoro come la madre;
4. restano però dolore-sofferenza-delusione per non averlo più rivisto: ci si può domandare se dietro a questo mancato ritorno ci sia solo l'aspetto economico (ricordo che il ricovero era costato alla famiglia 40 Euro) o forse anche una non completa comprensione della situazione del bimbo da parte della famiglia stessa o qualcos'altro ancora.



Vuoi citare questo contributo?

M. Maschio. DUE MOTIVI PER UN RICOVERO: PIÙ DI UNO PER UN MANCATO RITORNO. *Medico e Bambino pagine elettroniche* 2008; 11(3)
http://www.medicoebambino.com/?id=IND0803_20.html