

### Pianto inconsolabile nel lattante: la causa può essere in 'aeroporto'

TERESA VANACORE, FRANCESCA DE CESARIS, MONICA BARRANI, SILVIA NASTASIO, PAQUALE MIGLIACCIO  
 UO Pediatria II, Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

Descrizione del caso: T. è una **lattante** di 2 mesi, nata da 3° gravidanza (prima gravidanza con interruzione volontaria alla 20° settimana di gestazione per feto affetto da trisomia 13, seconda gravidanza con aborto spontaneo alla 5° settimana di gestazione), normodecorsa ed espletata a termine con parto eutocico. Alla nascita la bambina presentava parametri vitali nella norma con un peso, una lunghezza e una circonferenza cranica al 50° percentile.

T. viene allattata con latte materno e presenta un accrescimento regolare fino al 40° giorno di vita quando, per la comparsa improvvisa di **pallore al volto e alle mani**, associati a **pianto inconsolabile**, è stata condotta presso il PS, dove è stata dimessa con diagnosi di **lieve iperemia faringea**.

Il giorno successivo, per il persistere della sintomatologia e la comparsa di due episodi di vomito alimentare è stata nuovamente condotta presso il PS dove è stata riscontrata dolorabilità alla pressione del trago bilateralmente. Il giorno successivo T. ha presentato nuovamente un episodio di pianto inconsolabile associato a ridotta assunzione di latte materno. Per tale motivo viene ricoverata per accertamenti.

Al momento del ricovero la piccola presentava condizioni generali discrete, pianto inconsolabile, iperestesia diffusa, dermografismo rosso accentuato, TC 37,5 °C. L'addome era trattabile ma dolorabile alla palpazione su tutti i quadranti. L'esame dell'apparato cardio-respiratorio e neurologico erano nella norma per l'età, la fontanella si presentava normotesa. Alvo regolare.

Una **ecografia addominale** rivelava la presenza di anse intestinali distese a contenuto liquido con peristalsi conservata, in assenza di versamento libero in cavità addominale.

Il giorno successivo, per il persistere di pianto inconsolabile e iperestesia diffusa, con TC 37,5 °C, sono stati eseguiti esami ematici che hanno dimostrato leucocitosi neutrofila (GB 17.700/mm<sup>3</sup>, N 51,6%), piastrine (788.000/mm<sup>3</sup>), lieve iperbilirubinemia (1,59 mg/dl), AST 167 U/l, ALT 102 U/l, γ-GT 520 U/l, PCR 59 mg/l. Gli esami fecali risultano positivi per la presenza di **norovirus**. Durante il ricovero la bambina ha presentato 4 scariche diarroiche abbondanti.

Dall'anamnesi emerge che la bambina era condotta abitualmente in **luoghi piuttosto affollati** (aeroporto, dove il padre possiede un negozio) e che in tali occasioni veniva a contatto con numerose persone, sia locali che di passaggio.

Per la scomparsa della febbre, del pianto inconsolabile, della diarrea, del vomito e la ripresa di un'alimentazione adeguata T. è stata dimessa dopo 6 giorni di ricovero.

Dal momento della dimissione le condizioni della bambina si sono sempre mantenute buone e i controlli ematici successivi hanno mostrato una progressiva normalizzazione di tutti i parametri di laboratorio tranne che per i valori di γ-GT che persistevano elevati fino a circa 1 mese dopo il ricovero. I valori di transaminasi si sono invece normalizzati dopo 15 giorni dalla dimissione.

#### Commenti

Dopo il caso in oggetto è stata rilevata la presenza del norovirus in altri 4 bambini, di età compresa tra i 4 mesi e i 4 anni, ricoverati presso il nostro reparto per gastroenterite acuta negli ultimi 2 mesi. Tale virus può determinare un quadro di **gastroenterite acuta importante**, con una gravità che è inversamente proporzionale all'età.

Il caso in oggetto ha mostrato un particolare interesse soprattutto per il **coinvolgimento epatico**. In letteratura non sono riportate associazioni tra aumento delle transaminasi e della γ-GT e infezione da norovirus. Un altro aspetto interessante è la modalità del contagio nella nostra paziente. Data la piccola età di T., l'alimentazione esclusivamente a base di latte materno, lo stato di benessere



materno (esami fecali nella norma) e l'assidua frequentazione di luoghi affollati la bambina ha probabilmente contratto l'infezione per via aerosolica. Dal caso in oggetto emerge che la ricerca del norovirus nelle feci debba essere eseguita anche quando la sintomatologia gastrointestinale è aspecifica, anche nei lattanti.

Vuoi citare questo contributo?

*T. Vanacore, F. De Cesaris, M. Barrani, S. Nastasio, P. Migliaccio. PIANTO INCONSOLABILE NEL LATTANTE: LA CAUSA PUÒ ESSERE IN "AEROPORTO". Medico e Bambino pagine elettroniche 2009; 12(10) [http://www.medicoebambino.com/?id=IND0910\\_20.html](http://www.medicoebambino.com/?id=IND0910_20.html)*