

MeB – Pagine Elettroniche

Volume X

Giugno 2007

numero 6

CASI INDIMENTICABILI

Storie notturne in pronto soccorso: Lisa e la botta in testa...che non c'entra

Valentina Declich, Anna Di Benedetto, Claudio Germani

*SOC Pronto Soccorso e Primo accoglimento**IRCCS Burlo Garofolo, Trieste*

Lavorare in un pronto soccorso pediatrico pone a contatto con esperienze molto varie. Ci sono lunghi momenti in cui vedi le solite, banali malattie: le infreddature, le otiti, l'asma, il vomito e la diarrea. Ci sono però dei giorni in cui il caso con cui ti devi confrontare ti resta in mente per tanto tempo: può essere il bambino grave che ti commuove, il caso sociale che ti colpisce, l'emergenza che ti fa scorrere l'adrenalina in corpo, il caso che sei sempre lì che ci pensi su e non ci dormi la notte. E ci sono storie che desideri raccontare a tutti, come questa. Si tratta della storia di una notte, perché è in una notte che è iniziata e, per fortuna, si è risolta. Turno di notte, appunto. Alle 5.30 arriva una telefonata di una collega del PS generale, che pensa sia il caso di inviargli Lisa, una bambina di 3 anni. La sera precedente (circa 9 ore prima) era caduta dalla sedia sulla quale stava in piedi: scivolata all'indietro, aveva picchiato il capo in sede occipitale; subito dopo aveva pianto, ed avuto un vomito, ma poi si era addormentata tranquillamente. La collega racconta che un'ora prima il padre era stato svegliato dalla piccola Lisa piangente e si era allarmato perché la bambina presentava una sorta di "brivido continuo", possibile espressione di clonie, e l'occhietto sinistro deviava a destra. Quando la collega l'ha vista, Lisa piangeva e aveva lo sguardo deviato a destra. Alle 6.00 quando arriva, accompagnata dal papà molto in ansia, Lisa ci appare subito in condizioni critiche: è soporosa, priva di contatto con l'ambiente, reagisce molto poco agli stimoli; il tono muscolare è ridotto, i riflessi sono scarsamente elicetabili; il suo respiro è a tratti rumoroso. Tuttavia non notiamo deviazioni dello sguardo, è rosea, non ha rigor, l'addome è trattabile, non ha febbre e i parametri vitali sono a posto (SO₂ 100%, FR 30 apm, FC 90 bpm, PA 116/57, refilling 2 sec). Esaminando il capo, a livello della regione occipitale destra si apprezza un piccolo ematoma duro. Il papà è molto agitato, ci dice che la sera prima la piccola aveva avuto dei vomiti, ma non riusciamo, considerato il racconto confuso e contraddittorio, a stabilire la correlazione temporale rispetto al trauma. Apprendiamo che la mamma soffre di epilessia. Poi ricordiamo che Lisa è un caso noto: vive in un contesto familiare disagiato ed è già stata ricoverata per scarsa crescita. La storia orienta verso un trauma cranico sintomatico: dinamica a rischio, crisi convulsiva focale insorta a distanza di alcune ore, bambina soporosa. Temendo un peggioramento imminente delle condizioni della piccola, attiviamo tutte le procedure del caso.

Viene immediatamente posizionato un accesso venoso con infusione di soluzione fisiologica e si allertano il radiologo e il rianimatore per eseguire una TAC cerebrale d'urgenza. Si effettuano anche alcuni esami ematici di base e una raccolta urine per un esame tossicologico, nell'ottica di un'intossicazione accidentale: la situazione familiare infatti induceva a sospettare un problema di abuso/dipendenza di sostanze lecite e illecite da parte dei genitori. Alle 6.40 Lisa sembra essere tornata tra noi: riprende parzialmente contatto con l'ambiente, gira il capo verso i rumori, tende la mano al papà, chiede da bere. Alle 7.00 finalmente viene eseguita la TAC cerebrale: non ci sono lesioni all'encefalo. Proprio mentre la bambina sta tornando dalla radiologia, arriva una telefonata dal laboratorio. Il tecnico è molto perplesso: la glicemia da lui dosata è di solo 20mg/dl! Ma siamo sicuri? Si ripete il dosaggio rapido con destrastix che conferma la severa ipoglicemia (27mg/dl). E gli altri esami cosa ci dicono? C'è un quadro di acidosi metabolica (pH 7,32; pCO₂ 31,7; pO₂ 69; HCO₃ 16,7; BE -7,6), con marcata ipopotassiemia (K 2,71mEq/l) e chetonuria (stix +). Si somministra bolo di glucosata al 10% e si avvia fleboclisi con soluzione glucosalina supplementata di potassio. Rapidamente il quadro neurologico della bambina migliora: dopo un po' Lisa balla per la stanza, come se non fosse successo niente! E allora, la botta in testa non c'entrava niente: la bambina aveva presentato una crisi convulsiva in corso di ipoglicemia chetotica! Commento è difficile dimenticare questo caso perché ci ha spiazzato. La botta in testa di Lisa sembrava proprio il classico caso di trauma cranico con dinamica a rischio (caduta da un'altezza superiore a 1m) e con comparsa di segni neurologici, quali crisi convulsiva e alterazione dello stato di coscienza, a distanza di poche ore dal trauma. E invece l'interpretazione più plausibile di quanto accaduto a Lisa è che abbia presentato una crisi convulsiva correlata all'ipoglicemia. A posteriori possiamo dire che, per quanto riguarda la causa dell'ipoglicemia, vista la presenza di chetonuria, la scarsa crescita, il possibile recente episodio gastroenterico, si è trattato verosimilmente di ipoglicemia da deficit di substrato. Probabilmente un'anamnesi più approfondita, in questo caso risultata problematica per la presenza di un genitore agitato e "difficile", ci avrebbe fatto considerare, come ipotesi alternativa, l'ipoglicemia che sarebbe stata cercata e corretta prima. In ogni caso, di fronte a una storia di trauma cranico seguito da crisi convulsiva, è d'obbligo lo studio con TAC cerebrale, mentre l'EEG, per escludere un'epilessia primitiva, potrà essere effettuato successivamente.