

MeB – Pagine Elettroniche

Volume XII

Gennaio 2009

numero 1

CASI INDIMENTICABILI

Primum non nocere

Angela De Cunto¹, Edoardo Guglia^o, Stefania Crocco¹¹ Clinica Pediatrica, IRCCS “Burlo Garofolo”, Trieste^o Pronto Soccorso, IRCCS “Burlo Garofolo”, Trieste

È una mattina di fine agosto in pronto soccorso, piuttosto monotona... la classica calma che precede la bufera, per intendersi! Alle 11 l'immane 118 irrompe a spezzare il silenzio.... Arriva C., lattantino di 4 mesi di origine albanese, accompagnato da una nonna piuttosto agitata. Ci racconta che improvvisamente il piccolo è diventato tutto rigido e pallido e ha ruotato gli occhi verso l'alto. Subito dopo arriva la mamma, spaventata e quasi in colpa per aver lasciato C. a casa con la nonna quella mattina perché aveva ancora la febbre. In modo piuttosto concitato racconta che da circa 5 giorni il piccolo ha febbre, qualche scarica diarroica e un po' di vomito. Varie ipotesi affastellano la nostra mente costretta a mettersi rapidamente in moto: troppo piccolo per la convulsione febbrile, e non è questo il quadro di presentazione.... ipoglicemia? encefalite post-enterite? meningite? tetania? disidratazione? C. adesso è sveglio, vigile, roseo, con pupille isocoriche e normoreagenti alla luce. La fontanella anteriore è normotesa, il tempo di refill è inferiore al secondo. Non ha perso molto peso (< 5%). Disponiamo subito per fare un prelievo e mettere una flebo. Nei vari tentativi di prendere una vena il bambino non fa che piangere e guardarci attento con i suoi occhioni, ma il ciuccio (che succhia vigorosamente) sembra calmarlo un po'. Ma a un certo punto, mentre piange e continua a guardarci vigile, sotto i nostri occhi, diventa nuovamente ipertonico, assume una postura in estensione, “simil-decerebrata”, a momenti lateralizzata a destra. Nel frattempo abbiamo la glicemia: normale (87 mg/dl). Inviamo di gran corsa il prelievo. C. continua a piangere e a essere rigido a momenti. Arrivano i primi esami: l'emocromo mostra una leucocitosi con aumento dei linfociti (GB 22.010/mm³ con neutrofili 3700/mm³ e linfociti 16.000/mm³); l'emoglobina risulta nella norma (12,8 g/dl); l'emogas evidenzia un'acidosi metabolica (pH 7,24 con pCO₂ 25 mmHg e pO₂ 84 mmHg, HCO₃⁻ 11,7 con BE -12,6); gli elettroliti sono tutti nella norma (Na⁺ 144 mEq/l, K⁺ 4,38 mEq/l, Cl⁻ 111 mEq/l, Ca⁺⁺ 10,2 mg/dl, P 5,7 mg/dl, Mg⁺⁺ 2,66 mg/dl); indici di flogosi negativi (PCR 0,00 mg/dl, VES 3 mm/h). Nel sospetto sempre più forte di encefalite chiediamo di gran corsa una TAC e un EEG... che risultano entrambi nella norma. La mamma intanto continua a raccontarci che proprio non si spiega cosa sia successo: solo il giorno prima era stata dal pediatra che aveva detto che era solo una gastroenterite, che in fondo C. stava bene e... gli aveva prescritto il *Plasil* per il vomito! “Ma signora gli ha dato il *Plasil*?” “Sì 3 gocce ieri sera e 3

gocce stamattina”. A quel punto, nell'ipotesi di una reazione distonica acuta da metoclopramide, somministriamo *Diazepam* per os 0,1 mg/kg. Dopo poco il quadro regredisce. Resta ancora un po' di rigidità nucale e qualche automatismo buccale, che scompaiono dopo una seconda dose di *Diazepam*. Adesso sì che i conti tornano: ecco perché il bambino continuava a essere così sveglio e irritabile anche quando era ipertonico!!! E pensare che questa delle reazioni acute da *Plasil* la ritenevo quasi una leggenda metropolitana! Dimettiamo C. il mattino dopo, sorridente e completamente in benessere. Tre giorni dopo torna a salutarci: la diarrea e la febbre sono passate, il peso è buono, gioca e sorride. La metoclopramide è un'agonista della dopamina utilizzato nella pratica clinica come sintomatico nel trattamento della nausea e del vomito. Il principale (e ben noto) effetto collaterale è rappresentato dall'insorgenza di sintomi extra-piramidali, rappresentate nei bambini da reazioni distoniche acute (crisi oculogire, opistotono, torcicollo, trisma, reazioni simil-tetania e colorazione bluastra della lingua) la cui incidenza è dello 0,2%. Gli effetti collaterali “acuti” generalmente insorgono entro 72 ore dall'inizio del trattamento e possono verificarsi sia a dosi tossiche (> 500 µg/kg) che a dosi normali. Le reazioni avverse sono in genere autolimitanti ma possono essere contrastate con le benzodiazepine. **Perché questo caso è stato indimenticabile?** 1) Perché nei giorni successivi nei corridoi dell'ospedale continuava a girare il racconto di questo caso... era quasi diventato “leggenda”! 2) Per ricordarci che il meglio è nemico del bene e in fondo anche Ippocrate insegnava: *Primum non nocere*! 3) Perché a mie spese mi convinco sempre di più che l'arma del mestiere restano anamnesi ed esame obiettivo.