

MeB – Pagine Elettroniche

Volume XII

Giugno 2009

numero 6

CASI INDIMENTICABILI

Cristina

Pediatra di famiglia, Salice Salentino (Lecce)

R. Cavallo





Sono appena tornato da un congresso e sono ancora rintonfito dagli effetti speciali provocati dalla ricerca tecnologica sulle banche dati disponibili in internet. Nella mia testa è tutto un fermento di PubMed, “stringhe”, studi controllati, bias, revisioni sistematiche e colleghi-marziani capaci di risolvere in questo modo tutti i casi più difficili del mondo. Sia chiaro,

confesso subito che parlo solo per invidia e che faccio tanto di cappello ai colleghi capaci di svolgere correttamente questi lavori di ricerca in modo diretto e autonomo; tanto che ho deciso che alla prossima occasione voglio proprio provarci anch’io. Sto pensando queste cose quando ricevo la telefonata della mamma di Cristina (nome di fantasia) che mi co-

munica che la bambina, che è sempre stata “un po’ stitica”, non evacua da 5 giorni. Sto per rispondere automaticamente con la proposta del solito *Paxabel* quando mi fermo mettendo a fuoco la situazione: Cristina ha un curriculum da Guinness dei Primati: è stata operata alla nascita per porre rimedio alla gastroschisi con cui è venuta alla luce e poi è stata tutto un susseguirsi di eventi: a due anni viene rioperata per le aderenze seguite al primo intervento che causano una occlusione intestinale; a tre anni, nel corso di un episodio influenzale, presenta un pneumotorace spontaneo e C.F. con stato di male febbrile; a 4 anni ha la varicella, ma ancora una volta con stato di male febbrile, per cui viene messa in profilassi con barbiturici e la RMN dimostra una atrofia dell’ippocampo. L’inserimento scolastico è “ovviamente” difficoltoso fino alla formalizzazione di una diagnosi di ADHD. Dopo tre anni sospende il barbiturico (EEG normale). Di “passaggio”, a 9 anni, segnalo una bella chiazza di alopecia da tricotillomania. A 11 anni ha le prime mestruazioni, ma “ovviamente” ha cicli irregolari con frequenti mal di pancia; in questa occasione fa degli esami: emocromo ferritina, anti-TG, cariotipo, VES negativi, come negativa è una eco addome-pelvi. La situazione però persiste, anzi si accompagna a cefalee che si fanno sempre più frequenti e sono associate a una certa difficoltà della messa a fuoco; la situazione precipita con la comparsa (13 anni) di nuovo di un nuovo stato di male con crisi convulsive generalizzate complesse: la RMN ri-dimostra la atrofia ippocampale, l’EEG parla di note irritative diffuse. Assume *Depakin* e tutto sembra normalizzarsi fino alla telefonata di cui stiamo parlando. Cristina ora di anni ne ha 14: è un soggetto da *Paxabel*? È da *Paxabel* una stipsi di questo tipo? Evidentemente no, anche se glielo consiglio lo stesso, ma accompagnato dalla raccomandazione di farsi vedere subito dai nostri angeli custodi: i colleghi del piccolo centro provinciale di chirurgia pediatrica. Cristina prima dell’intervento si presenta così: (Figura 1); sono chiari i sintomi di una subocclusione intestinale. Ma stavolta non è colpa di aderenze: la cisti ovarica della Figura 2 è quello che resta dopo lo svuotamento di circa 3 litri di materiale siero-ematico e che si espandeva dal piano della arteria mesenterica sup. fino allo scavo pelvico. Il caso di Cristina è probabilmente ovvio e forse anche banale, ma per un pediatra di base “terra-terra” come me è indimenticabile per il forte impatto con una organicità degli aspetti medici che diventa sempre meno frequente rispetto ai problemi relazionali ma che, quando c’è, grida forte la sua presenza e pretende una pronta risposta. **Figura 1. Figura 2.** Ah, dimenticavo: anche questa volta ho trovato più facile rivolgermi al collega esperto di cui mi fido (questa è la cosa veramente difficile da trovare) invece che fare una ricerca; forse sarò stato meno professionale, ma forse il risultato è stato se non migliore, sicuramente più rapido, almeno per un analfabeta informatico come me.