

MeB – Pagine Elettroniche

Volume XV

Maggio 2012

numero 5

CASI INDIMENTICABILI

Quella tosse accessuale che non passa...

F. Barbato

Pediatra di famiglia, S. Maria a Vico (CE)

A dicembre la ragazzina, non ancora quindicenne, inizia a mostrare una tosse secca soprattutto notturna. Poco male: un attacco simile s'era presentato con eguale intensità e stagionalità l'anno precedente, trattato con successo come asma acuto episodico in paziente cutinegativo. Questa volta la tosse ha una componente produttiva dall'inizio e aggiungo claritromicina ai beta2 e cortisonici. Un breve soggiorno in Inghilterra (10 giorni) e al ritorno la tosse si ripresenta, almeno alla mia osservazione perché viene riferito che, con il cambio climatico, sembrava essersi calmata pur continuando la terapia inalatoria. La spirometria è sostanzialmente nella norma ma non so quanto influenzata dalla terapia. La tosse ha una componente mucosa con presentazione ad attacchi e intervalli di benessere soprattutto diurni. Si impongono esami ematochimici nel sospetto di una infezione delle basse vie e, anche se sostanzialmente negativi, decido comunque di praticare un Rx torace che risulta negativo. È quasi un mese che questa tosse persiste: ora è secca non metallica, acuita dallo sforzo, insensibile ai beta2. Difficile da quantificare la periodicità perché a volte alterna giorni di benessere con episodi ripetuti in poche ore (esposizione a un allergene sconosciuto?). Una mattina la ragazzina mi mostra quello che appare come una vomica uguale a formaggio fuso, inodore. Fosse un corpo estraneo? Una fibroscopia che va dalle alte vie fino al laringe non mostra nulla di sospetto né per sinusite né per corpo estraneo. A questo punto inizio a preoccuparmi (solo ora!): la tosse negli ultimi 4-5 giorni è diventata invalidante, deve assentarsi da scuola e non riesce a riposare. L'otorino ha avanzato il dubbio di un reflusso, l'amico pneumologo consiglia di prendere in considerazione cause rare di tosse che, a questo punto, non sembra asmatica. Dedico la notte a guardarmi le tabelle delle diagnosi differenziali: ...non nell'ambizione di risolvere il quesito ma almeno dove indirizzare i passi diagnostici successivi. Poi il ragionamento: è vero è stata subito trattata con claritromicina e non vi è urlo finale. Ma la tosse è laringotracheale ora ad accessi scatenata da un trigger indeterminabile, e il dato negativo in medicina non è probante; e se fosse...? Vado nell'altra stanza: la ragazzina è mia figlia, e faccio la manovra che non andrebbe fatta. Svegliatala, le comprimo i primi anelli tracheali, ne esce fuori un attacco di tosse tipico anche se senza urlo finale. Resta la tessera del mosaico di quella vomica: scrivo al forum di pediatria descrivendola, risponde il Prof. Bartolozzi ringraziandomi per aver segnalato il caso in quanto ripropone la necessità della vaccinazione antipertosse insieme al richiamo DT. Quel materiale come un formaggio biancastro che ha espettorato è tipico: è l'epitelio

tracheale necrotico, secrezioni, ciglia residue. Nel frattempo ho intrapreso terapia con antitussigeni periferici con effetto nullo anche a dosaggi generosi. Dopo 2-3 giorni decido allora di passare alla paracodina con risultati strabilianti, finalmente il ritorno a scuola dopo una settimana di assenza, una vita normale dopo quasi un mese di tosse. Poi, per quasi un anno, ogni tanto un attacco. Ho avvisato subito tra gli altri l'amico otorino: si è mostrato scettico sulle conclusioni diagnostiche. Dopo una settimana mi telefona per comunicarmi di aver visto almeno altri 2 casi di pertosse in adolescenti.