

MeB – Pagine Elettroniche

Volume II

Gennaio 1999

numero 1

ORTOPEDIA PER IL PEDIATRA**Torace imbutiforme**

Giuseppe Maranzana

*Divisione di Ortopedia infantile, IRCCS “Burlo-Garofolo”, Trieste***IL CASO**

U.G., bambino di 11 anni, viene inviato dal pediatra all’attenzione dello specialista ortopedico per la presenza di una malformazione toracica (fig. 1).

*Fig. 1*

Il bambino è il terzogenito di cinque figli e nessuno dei fratelli presenta alcuna alterazione dello scheletro. L’anamnesi familiare risulta altresì negativa per patologie infettive, neoplastiche o dismetaboliche. Il bambino è nato a termine da parto cesareo per mancata progressione, punteggio di Apgar alla nascita 7, poi 10. Il peso alla nascita era 3850, è stato allattato al seno, lo sviluppo psicomotorio è stato fisiologico, la scolarità è regolare. Sottoposto alle vaccinazioni di legge e facoltative, non ha contratto alcuna malattia infettiva, all’età di 8 anni è stato sottoposto ad un intervento di tonsillectomia.

Il bambino, al 97° percentile per il peso a 9 mesi di vita, a tre anni era obeso ed è rimasto sovrappeso fino ad un anno e mezzo fa, quando ha iniziato un regime alimentare controllato ed ha intrapreso la pratica sportiva del mini-basket. I genitori decidono allora di chiedere consiglio al pediatra.

All’esame clinico il pediatra verifica la presenza di deformità scheletrica nota come “torace a imbuto” o “torace del calzolaio”, che consiste in una rientranza all’interno della gabbia toracica dello sterno e delle articolazioni sterno-costali, deformità opposta al cosiddetto torace carenato, in cui vi è un’importante sporgenza dello sterno e delle ultime coste, spesso attribuito ad un rachitismo. Decide pertanto di inviarlo dallo specialista ortopedico e di effettuare degli approfondimenti diagnostici.

L’INTERVENTO

Il bambino viene sottoposto a un elettrocardiogramma e a una ecografia cardiaca alla ricerca di eventuali anomalie cardiache associate, ma la situazione cardiaca è perfettamente nella norma. Le prove di funzionalità respiratoria risultano invece ai limiti inferiori della norma e i campi polmonari sono lievemente più piccoli in rapporto all’età. La visita ortopedica evidenzia un rachide perfettamente in asse, con triangoli della taglia simmetrici, bacino e cingolo scapolare in asse, nessun gibbo al *bending* test, non dismetria agli arti inferiori: si esclude pertanto la presenza di una concomitante scoliosi.

Il pediatra a questo punto rassicura il bambino e la sua famiglia sul tipo di malformazione, suggerisce di eseguire della ginnastica respiratoria per migliorare la funzionalità respiratoria e dei controlli ortopedici annuali per il monitoraggio dello sviluppo scheletrico.

IL MESSAGGIO

Probabilmente anche in questo caso c’è stato un eccesso di accertamenti, alla fine inutili. Non c’è dubbio che una valutazione “ortopedica” della colonna sia in sé sensata per un paziente con una deformità toracica, ma in realtà tra le due patologie non c’è relazione statistica.

La stessa cosa si può dire per l’ipotesi di cardiopatia congenita.

Quanto alla funzionalità respiratoria, solo per una deformità molto importante si può immaginare che coesista un deficit funzionale.

In buona sostanza, di fronte a un torace imbutiforme, almeno nel 90% dei casi non è il caso di far niente, nemmeno di inviare per consulenza.