

Quando avere dubbi... salva un cuore



Matteo Botti*, Marianna Ferrara*, Diego Peroni*, Nadia Assanta**, Giuseppe Santoro**

* UO Pediatria, Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana, Università di Pisa

**UOC di Cardiologia Pediatrica e del Congenito Adulto, "Ospedale del Cuore", Massa

S. è una bambina nata a termine in un ospedale periferico. Durante i primi giorni di vita, mentre era ricoverata, per il rilievo di un soffio cardiaco, venne eseguita un'ecocardiografia color-doppler che mostrava un "piccolo" dotto arterioso di Botallo pervio di scarso significato emodinamico. Tale reperto, visto i pochi giorni di vita della bambina, venne considerato giustamente "para-fisiologico". La bambina fu quindi dimessa a domicilio senza alcun particolare accorgimento. A 1 mese S. venne riportata in ospedale per effettuare la visita di controllo, che stavolta mostrava un dotto completamente chiuso.

Durante i bilanci di salute dei primi mesi di vita, il pediatra di famiglia, apprezzando un soffio cardiaco secondo lui troppo "forte" per essere considerato innocente, consigliò ai genitori di andare da un altro cardiologo per avere una seconda valutazione. Fu così che a 14 mesi di vita S. venne condotta dai genitori in un Ospedale per un controllo. L'ecocardiogramma mostrava solo una minima pervietà del dotto arterioso di Botallo, con insignificante shunt sinistro-destro, senza alcun sovraccarico ventricolare. Il cardiologo che effettuò l'esame tranquil-

lizzò i genitori e dette indicazioni per un controllo ulteriore dopo 12 mesi, da effettuare solo per scrupolo.

La storia di S. sembrava così conclusa, ma il pediatra di famiglia non demordeva ogni volta che visitava S. per i bilanci e per un episodio di polmonite, ascoltava sempre quel soffio cardiaco "allarmante", che non lo rassicurava per niente. Il "dubitante" pediatra di base consigliò allora ai genitori di non aspettare 12 mesi, ma di rivolgersi subito, per una terza opinione, ad un ospedale specialistico in cardiologia pediatrica. S. giunge così alla nostra attenzione in ambulatorio, a 15 mesi di vita, in discrete condizioni generali, con un peso di 10,2 kg, normo-reattiva, cute rosea, non cianosi, SaO₂ 100% ... ma con un esame obiettivo cardiaco tutt'altro che fisiologico. Come affermava ormai da mesi il pediatra di famiglia, il soffio di S. risulta francamente patologico: soffio continuo, di intensità 3/6, maggiormente udibile in sede sotto-claveare sinistra, apprezzabile anche posteriormente, il secondo tono appena udibile perché coperto dal soffio, e associato a un terzo tono (S3), tanto da avere un "ritmo di galoppo" (segno di maggior lavoro cardiaco). L'ECG mostra una deviazione assiale sinistra patologica per l'età. L'ecografia cardiaca color-doppler è dirimente (Figura 1): si può osservare un ampio dotto arterioso di Botallo, di circa 5 mm di diametro, con abbondante shunt di sangue sinistro-destro (dall'aorta alla polmonare) con flusso continuo ad elevata velocità (vel. max. 6 m/sec) e con evidenti segni di sovraccarico volumetrico ventricolare sinistro (il ventricolo sinistro appare dilatato, di dimensione quasi doppia rispetto al destro).

Il dotto di Botallo, la comunicazione tra l'aorta e l'arteria polmonare presente nella vita fetale, nei casi fisiologici si chiude alla nascita, massimo entro 7-10 giorni di vita; la pervietà che permane dopo 1 anno di vita deve sempre essere considerata patologica in quanto è impossibile che si chiuda spontaneamente o con i farmaci (FANS, paracetamolo) dopo tale termine.

Viene così spiegato ai genitori (con molta difficoltà, visto che le visite precedenti li avevano rassicurati sulla buona salute della figlia) che S. ha un difetto cardiaco importante, abbastanza comune (circa il 10-12% di tutte le cardiopatie congenite), anche se nel caso specifico molto significativo. Tale difetto deve essere chiuso quanto prima con un intervento in emodinamica in quanto terapie farmacologiche non avrebbero ormai più effetto. Viene poi raccomandato, dalla sera stessa, di iniziare una terapia anti-scompenso per cercare di ridurre lo sforzo del ventricolo (furosemide 7 mg 1 volta al giorno).

Questo caso ci insegna una realtà fondamentale della medicina. Noi medici, tutti quanti, a volte accidentalmente possiamo compiere delle valutazioni diagnostiche non corrette, ed è proprio per questo motivo che è necessario non fidarsi incondizionatamente di un referto, ma bisogna sempre rivalutare e visitare il paziente, e in caso di dubbi, sentiamoci in dovere di chiedere un secondo o un terzo parere specialistico. Complimenti all'ostinatezza del pediatra di famiglia di S., con il caso sopradescritto si evidenzia ancora una volta come la pediatria sul territorio sia fondamentale per garantire la migliore salute ai nostri pazienti. S. è stata ricoverata 20 giorni dopo per chiusura percutanea del dotto di Botallo con una protesi Amplatzer, con ottima riuscita dell'intervento.

✉ mttbtt88@gmail.com

Capozzi G, Santoro G. Patent ductus arteriosus: patho-physiology, hemodynamic effects and clinical complications. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2011;24 Suppl 1:15-6.

Chugh R, Salem MM. Echocardiography for patent ductus arteriosus including closure in adults. *Echocardiography* 2015;32 Suppl 2:S125-39.

Schneider DJ. The patent ductus arteriosus in term infants, children, and adults. *Semin Perinatol* 2012;36:146-53.

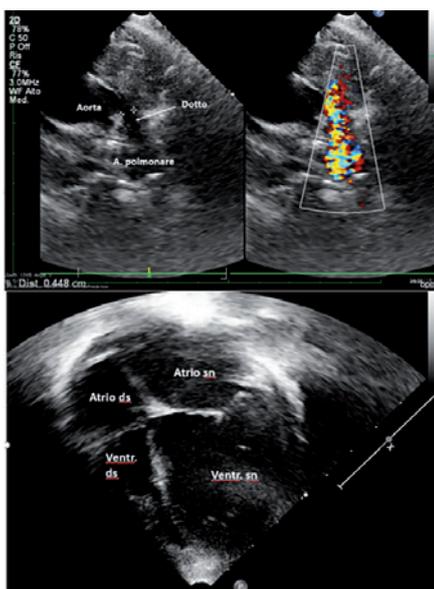


Figura 1