

# UNA INATTESA DIAGNOSI CLINICA PER UN PAZIENTE CON DIAFORESI E CADUTE ALL'INDIETRO

D. LATERZA

Azienda Ospedaliero Universitaria Consorziata Policlinico di Bari - Università degli Studi di Bari "Aldo Moro" - Bari

## Introduzione

Un uomo settantenne giunge in PS per astenia, intensa diaforesi e ripetute cadute all'indietro verificatesi in casa. In anamnesi venivano rilevati fibrillazione atriale permanente in DOAC, scompenso cardiaco cronico, CAD (coronary artery disease), PAD (peripheral artery disease), insufficienza renale cronica moderata, diabete mellito. Poco dopo l'arrivo in PS presentava spasmi tonici generalizzati a coscienza integra, cui seguiva transitorio episodio di arresto respiratorio che richiedeva assistenza rianimatoria e ventilazione in maschera.

## Metodi

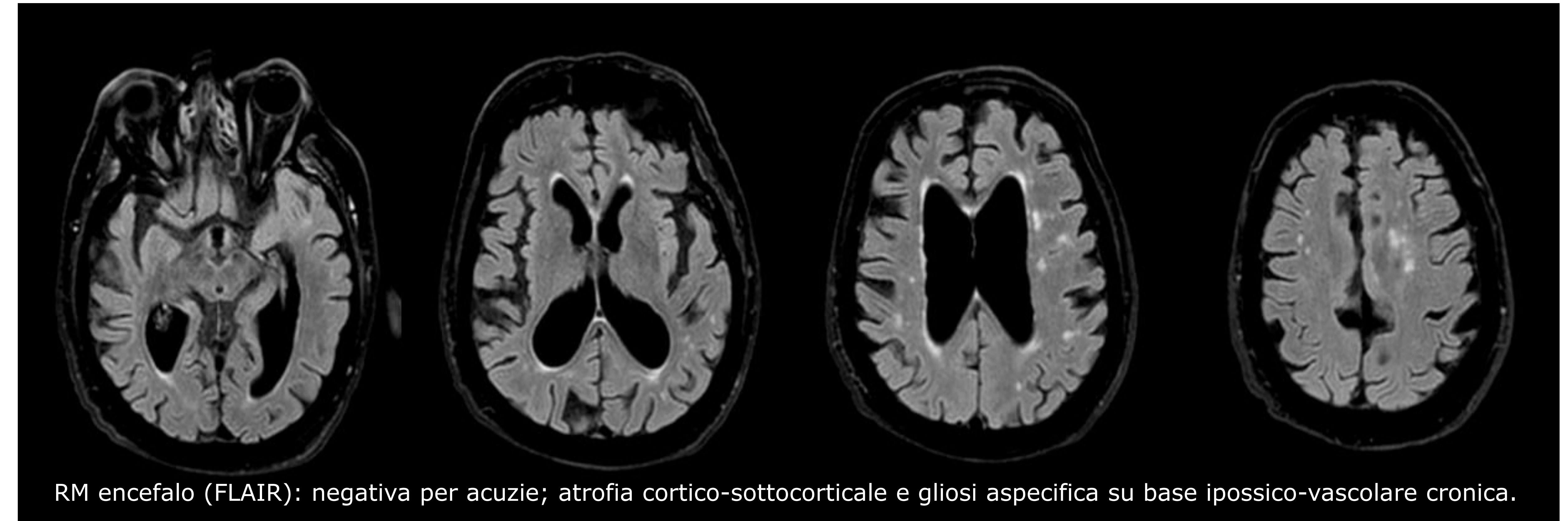
Veniva urgentemente sottoposto ad esami ematochimici, ecocardiogramma, ECG, RM encefalo, EEG, valutazione neurologica.

## Risultati

Agli esami ematochimici leucocitosi ( $22 \times 10^3/uL$ ) neutrofila (90%), aumento di PCR (99,7 mg/L) e hs-cTnI (119 pg/mL). L'ecocardiogramma non documentava alterazioni distrettuali della cinetica cardiaca; all'ECG riscontro di FA con FVM 140/min. L'EEG risultava privo di anomalie parossistiche o rallentamenti focali e la RM encefalo risultava negativa per acuzie. All'osservazione neurologica il paziente presentava facies sofferente, intensa diaforesi nonostante l'apiressia, astenia generalizzata, dolore precordiale e retronucleare esacerbato dalla mobilizzazione del capo ma non presentava deficit focali. Durante l'esame obiettivo veniva notata una ulcera necrotica in corrispondenza del secondo dito del piede destro. Dopo alcune ore, si verificava un ulteriore episodio di arresto respiratorio cui seguiva arresto cardiaco in asistolia: veniva immediatamente praticata RCP e quindi sottoposto ad intubazione orotracheale somministrando Midazolam, Fentanyl e Succinilcolina. L'anamnesi raccolta dai familiari e gli spasmi tonici generalizzati osservati dai colleghi urgentisti orientavano le iniziali ipotesi diagnostiche rispettivamente verso un quadro polineuropatico subacuto oppure verso un

## Conclusioni

**In conclusione, la diagnosi di tetano è clinica. Nonostante la manifestazioni classiche della forma generalizzata siano trisma ed opistotono, questo caso dimostra che la disfunzione autonoma può risultare un fondamentale suggerimento diagnostico nonché la causa di complicanze prevenibili farmacologicamente.**



primo episodio critico. Tuttavia, il quadro laboratoristico suggestivo di infezione batterica, insieme al dolore retronucleare elicitato dalla mobilizzazione del capo ed i segni di instabilità autonoma (diaforesi, tachicardia, dolore precordiale) risultavano scarsamente compatibili con tali ipotesi. Il riscontro dell'ulcera necrotica ha permesso di avanzare l'ipotesi diagnostica di tetano generalizzato, interpretando le riferite cadute all'indietro come conseguenza di spasmi in estensione del tronco. Veniva quindi intrapresa terapia con Metronidazolo, Ceftriaxone ed immunoglobuline antitetaniche. Nonostante i provvedimenti terapeutici (IOT, terapia antibiotica, immunoglobuline antitetaniche) l'iperattività autonoma ha improvvisamente precipitato le preesistenti comorbidità cardiovascolari provocando un esteso infarto miocardico acuto nel territorio dell'IVA, le cui complicanze hanno provocato il decesso del paziente ancor prima di poterlo sottoporre a PTCA.

## Bibliografia

- Yen LM, Thwaites CL. Tetanus. Lancet. 2019 Apr 20;393(10181):1657-1668
- Berkowitz AL. Tetanus, Botulism, and Diphtheria. Continuum (Minneapolis, Minn). 2018 Oct;24(5, Neuroinfectious Disease):1459-1488
- Carod-Artal FJ. Infectious diseases causing autonomic dysfunction. Clin Auton Res. 2018 Feb;28(1):67-81.