

I POSTER DEGLI SPECIALIZZANDI

IPOTONO E INAPPETENZA IN UN LATTANTE DI 4 MESI

Marta Pezzuto¹, Marina Di Stefano², Andrea Rigamonti², Alberto Zambon³, Maria Grazia Natali Sora³, Rossana Fiori⁴, Giorgia Piselli¹, Katia Fontana¹, Maria Pia Guarneri², Graziano Barera²

¹Scuola di Specializzazione in Pediatria, Università "Vita-Salute San Raffaele",

²UO Pediatria, ³UO Neurologia, IRCCS Ospedale "San Raffaele",

⁴UO Anestesia e Rianimazione, IRCCS "Vita-Salute San Raffaele", Milano

Indirizzo per corrispondenza: pezzuto.marta@hsr.it

INTRODUZIONE

L'infezione da *Clostridioides botulinum* nei bambini è una malattia rara ma potenzialmente letale, caratterizzata da paralisi discendente flaccida che può coinvolgere i nervi cranici e condurre a compromissione respiratoria se non trattata prontamente. La terapia, disponibile dal 2003¹, consiste nell'infusione endovenosa di antitossina botulinica (immunoglobuline) e va somministrata tempestivamente per avere un buon *outcome* dal punto di vista clinico².

Secondo il sistema di sorveglianza nazionale gestito dall'Istituto Superiore di Sanità, dal 2001 al 2024 in Italia sono stati segnalati 1.276 casi clinici sospetti da botulino, di cui 574 confermati in laboratorio; di questi confermati, 43 (7,5%) erano casi di botulismo infantile.

CASO CLINICO

Presentiamo il caso di una lattante di quattro mesi che accedeva in Pronto Soccorso per alvo chiuso da due giorni, suzione e pianto ipovalidi, contrazione della diuresi. In anamnesi due episodi di bronchiolite a due mesi, gestiti a domicilio. Alla valutazione si presentava in condizioni generali discrete, pianto flebile inconsolabile, ipotono assiale, sopore; parametri vitali adeguati, apiretica. Agli esami ematici ipoglicemia chetotica e alterazione modesta della PCR (47,6 mg/l). Venivano somministrati soluzione glucosata al 10% e bolo di soluzione fisiologica (10 ml/kg), con beneficio. Per escludere genesi infettiva, si eseguivano RX torace, ecografia addominale e rachicentesi, nei limiti. Gli esami colturali (tamponi faringei, emocoltura, urinocoltura) risultavano successivamente negativi. Si impostava terapia empirica con ceftriaxone e aciclovir e si ricoverava la bambina.

In prima giornata di degenza si procedeva a posizionamento di sondino nasogastrico (SNG) e catetere vescicale (CV); inoltre, per stipsi persistente, si avviava terapia con

polietilenglicole e clisteri rettali. Venivano eseguite EEG e RM encefalo, nella norma.

Per peggioramento dell'ipotono e insorgenza di midriasi bilaterale, escluse le altre ipotesi diagnostiche, veniva posto il sospetto di **botulismo da *Clostridioides botulinum***.

Si contattava pertanto il Centro Antiveneni che dava indicazione a somministrare siero anti-botulinico, dopo autorizzazione del Ministero della Salute: il siero veniva pertanto somministrato durante il primo giorno di ricovero. In seconda giornata di degenza, previa valutazione neurologica, la paziente effettuava l'elettromiografia, che risultava compatibile con il sospetto diagnostico (per alterazione presinaptica della trasmissione neuromuscolare). In terza giornata di degenza risultava positiva la ricerca su tampone rettale per *Clostridioides botulinum*.

Dopo la somministrazione del siero si assisteva a progressiva stabilizzazione e lento miglioramento clinico della bimba. Pervenuta la negatività per eventuali virus su liquor si interrompeva la terapia antivirale e dopo dieci giorni di terapia si sospendeva anche la somministrazione di ceftriaxone. Si assisteva a una ripresa della suzione valida e della diuresi e pertanto si rimuovevano SNG e CV. Si riscontrava inoltre una progressiva riduzione degli indici di flogosi.

La bambina veniva dimessa in buone condizioni generali in diciassettesima giornata di ricovero; seguivano follow-up neurologico e fisioterapico.

BIBLIOGRAFIA

- [1] Rosow LK, Strober JB. Infant botulism: review and clinical update. *Pediatr Neurol* 2015;52(5):487-92. DOI: 10.1016/j.pediatrneurol.2015.01.006.
- [2] Fazzino A, Cavallaro C, Cavataio F, et al. First case of infant botulism in Sicily-case report. *Ital J Pediatr* 2024;50(1):237. DOI: 10.1186/s13052-024-01798-4.