



QUELLA LESIONE MISTERIOSA

Accursio Miraglia

Consulente tecnico presso il Tribunale di Sciacca

Direttore sanitario "Centro di Educazione Psicomotoria", Sciacca (AG)

Giunge alla mia osservazione nel novembre 2023 una signora vittima di un incidente sul lavoro, che mi incarica di valutare se il danno biologico riconosciuto dall'INAIL, alla luce degli esiti patiti, sia congruo oppure se vi siano le condizioni per un ricorso.

La signora, che chiameremo Anna, una mattina di maggio del 2023, scendendo a piedi la scala che mette in comunicazione due piani dell'hotel presso il quale si occupa di rigovernare le camere, metteva un piede in fallo e cadeva rovinosamente, riportando un trauma da difesa all'arto superiore sinistro. Trasportata presso il pronto soccorso del locale ospedale, le veniva diagnosticata la frattura composta della metafisi distale del radio sinistro, trattata incruentamente con immobilizzazione. Alla rimozione dell'apparecchio gessato la paziente lamentava un deficit di estensione ed abduzione del pollice sinistro, che appariva "cadente".





La paziente, che aveva nel frattempo iniziato un trattamento riabilitativo, il 22 giugno 2023 veniva sottoposta a TC del polso che evidenziava “postumi di frattura metafisaria distale composta del radio con discreta reazione ossea riparativa; permane riconoscibile rima di frattura. Concomita lieve irregolarità del profilo corticale al versante dorsale del radio come da possibile pregresso distacco parcellare in fase di consolidazione. Modica imbibizione fluida dei tessuti molli perischeletrici a livello dell'articolazione radio-carpica”.

Il 28-06-23 la signora Anna si recava a visita di controllo presso il reparto di Ortopedia dell'ospedale di zona, il cui referto recitava: “postumi di frattura epifisi distale radio sx di quasi due mesi fa torna per persistere di algia.

Si visiona TC che conferma i postumi di frattura epifisi distale radio. Ha eseguito alcuni cicli di fkt. In atto algia alla digitopressione lungo l'intero decorso dell'estensore radiale lungo e breve del carpo con algia esacerbata all'estensione attiva contro resistenza. No deficit vascolo-nervosi. No motilità preternaturale. Si prescrive: eseguire fisioterapia per rinforzo muscolare, eseguire tens terapia tecar terapia Tendijoint forte s/ 1x2 cp al giorno per 45 giorni, indossare per 15 giorni tutore come da foglio allegato da dismettere più volte al giorno per fare fisioterapia, Brufen 600 mg s/ 1 cp al giorno al bisogno, si invia al ps per competenza”.

La lettura di questo referto lascia perplessi: com'è possibile che all'epoca non sia stato evidenziato nessun deficit? La paziente porta in visione delle fotografie dell'arto ancora in gesso in cui già si evidenziava un atteggiamento patologico del pollice.

Ma la storia clinica della signora Anna è di la dal concludersi: viene sottoposta, nel mese di agosto 2023, a RX polso (che evidenzia esiti di frattura a carico dell'estremità distale del radio consolidata in asse) e ad una ecografia mano/polso (versamento nella trapezio-metacarpale. Degenerazione iposonica ed ispessimento del flessore del terzo dito nel tratto distale).

Nel novembre 2023, come detto, viene a visita presso il mio studio per inquadramento medico-legale. Appare evidente che qualcosa nell'iter diagnostico è andato storto, perché la diagnosi clinica è molto lontana dal fotografare la situazione della paziente. Sembra ci si sia concentrati sull'aspetto osteo-tendineo del danno, ma all'esame obiettivo è chiaramente rilevabile un atteggiamento patologico del segmento verosimilmente legato ad un deficit di forza in estensione e abduzione del pollice.

Ponendo il sospetto di una lesione nervosa periferica invio la paziente da un neurologo per una valutazione clinica ed elettromiografica. Il collega, visitata la paziente, si rifiuta di eseguire l'esame strumentale e le prescrive una nuova ecografia, ponendo il sospetto di una lesione tendinea.

La signora Anna torna a controllo e conveniamo che, considerato che il movimento è debole ma non assente, non pare possibile imputare il quadro ad una lesione tendinea.

La paziente, pur dubbiosa, si sottopone comunque a questa seconda ecografia (06-12-23) che evidenzia “Versamento peritendineo dell'estensore breve ed abduttore lungo del pollice. Assenza di versamenti articolari e lesioni tendinee del pollice”.



Con questo referto la signora Anna, a sette mesi dall'incidente, ritorna nuovamente presso il reparto di Ortopedia del locale ospedale. Il referto recita:

“ANAMNESI

pregressa frattura epifisi distale del radio trattata in gesso. Rimosso nei tempi il tutore lamenta dolore e limitazione funzionale al I dito mano sx, eseguita ecografia con riscontro di tendinopatia del flessore del I dito praticava terapia riabilitativa e farmacologica con scarsi risultati

ESAME OBIETTIVO

limitazione in flessione attiva della falange distale del I dito mano sx

DIAGNOSI VISITA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

tendinopatia del I dito flessore lungo mano sx

NOTE

Si consiglia rivalutazione fisiatrica per trattamento con Tecar terapia. Pr Deltacortene 25 mg cp s una cp ore 8.00 per 7 giorni poi 1/2 cp ore 8.00 per altri 3 giorni applicare borsa di ghiaccio per 15 minuti più volte al giorno”.

Ancora una volta si imputa il problema ad una tendinopatia, ma l'esame obiettivo fotografa una situazione molto diversa da quella reale. La paziente, infatti, non ha una limitazione in flessione ma ha una severa ipostenia, deficit dell'estensione e dell'abduzione del pollice, quantificabile in 2+/5 sulla scala MRC (il movimento è impossibile anche solo contro gravità).

La signora Anna ritorna a controllo presso il mio studio con la prescrizione ortopedica, Tecar terapia che rifiuto di seguire.

Invece, d'accordo con la paziente, contatto un secondo neurologo.

Stavolta decido di chiamare prima il collega, esponendo a voce il caso. Concordiamo che sia plausibile una lesione post traumatica o da compressione di un ramo del nervo radiale, e viene programmata una valutazione clinica e strumentale.

Il 26-01-24 il calvario diagnostico della paziente termina: l'elettromiografia, che ha analizzato l'abducente lungo del pollice, l'estensore breve del pollice e l'estensore proprio dell'indice di sinistra evidenzia una sofferenza neurogena, senza denervazione in atto, nei muscoli esaminati.

La diagnosi è quella di lesione parziale del nervo interosseo posteriore sinistro.



-) Le lesioni del nervo interosseo posteriore (Risitano, Spata, Coppolino), Acta Orthopaedica Italica, volume 36, anno 2013
-) Le sindromi da intrappolamento del nervo radiale (Cannavò, Risitano), Acta Orthopaedica Italica, volume 42, anno 2019
-) Le fratture di avambraccio (Berizzi, Angelini, Pala, Biz, Trovarelli, Ruggieri), Lo scalpello (2018) 32, 271-279.