

MeB – Pagine Elettroniche

Volume III

Gennaio 2000

numero 1

CONTRIBUTI ORIGINALI - CASI CONTRIBUTIVI

**Diverticolo di Meckel non complicato:
una diagnosi difficile**

M. Monai, A. Giannotta, A. Messineo

*U.O. di Chirurgia Pediatrica, Ospedale Infantile IRCCS "Burlo
Garofolo" di Trieste***IL CASO**

L. C., maschio, nato a termine da parto eutocico, allattato al seno, allergico al latte e ai derivati del latte. Nessuna patologia di rilievo fino all'età di 2 anni, quando viene ricoverato in Clinica Pediatrica per una sintomatologia dolorosa addominale di tipo colico, prevalentemente localizzata all'epigastrio e al mesogastrio. È presente vomito, prima alimentare, poi salivare, non febbre, alvo chiuso da 2 giorni, peristalsi presente. Gli esami ematochimici eseguiti (emocromo, CRP, elettroliti) sono nella norma. Viene somministrato Plasil im e, dopo alcune ore dal ricovero, il piccolo sta molto meglio, inizia a bere; poi si rialimenta regolarmente. Viene dimesso dopo 24 ore di osservazione con diagnosi di gastrite.

Il secondo ricovero, questa volta nel reparto di Chirurgia Pediatrica, avviene nel settembre '99, all'età di 5 anni. Verso le 4 del mattino, il bambino si sveglia con dolore addominale, dapprima diffuso e quindi localizzato prevalentemente ai quadranti bassi dell'addome, accompagnato da un vomito alimentare, non febbre, alvo riferito regolare. Al momento del ricovero, le condizioni cliniche generali sono sofferenti, la cute è pallida, il piccolo lamenta dolore spontaneo al mesogastrio. La palpazione dell'addome suscita dolore in fossa iliaca destra con accenno a contrattura muscolare di difesa. I soliti esami ematochimici sono nella norma. Dopo poche ore dall'ingresso, il bambino si sente molto meglio, il dolore e la sensazione di nausea sono scomparsi, l'addome è trattabile, persiste lieve dolore al mesogastrio. Rialimentato, il dolore addominale scompare, e il bambino viene dimesso.

Ultimo episodio, 2 mesi dopo: il piccolo si sveglia di notte lamentando un dolore importante e ingravescente all'addome, accompagnato da vomito persistente di tipo biliare. Portato al Pronto Soccorso, viene ricoverato. Vengono eseguiti d'urgenza esami ematochimici (emocromo, elettroliti, CRP, es. urine) risultati nella norma, Rx addome a vuoto ed ecografia addominale. La radiografia dell'addome, eseguita in posizione ortostatica, dimostra anse del tenue notevolmente dilatate, con livelli idroaerei (vedi Rx). L'ecografia conferma l'ectasia delle anse del tenue che contengono liquido e presentano scarsa peristalsi; null'altro di significativo. Il piccolo viene trasferito in Chirurgia Pediatrica; all'ingresso, le

condizioni cliniche generali sono compromesse, la cute è pallida con occhi alonati. L'addome è leggermente teso, con disegno delle anse sulla parete. Alla palpazione esiste discreta resistenza muscolare dei quadranti medio-inferiori; peristalsi aumentata nei quadranti superiori, con rumori di filtrazione, mentre è piuttosto torpida nei quadranti inferiori. Il piccolo viene sottoposto a laparotomia esplorativa per occlusione intestinale, con il sospetto di volvolo intestinale. Il reperto intra-operatorio dimostra un diverticolo di Meckel (DM) a larga base d'impianto, che si inserisce, con un prolungamento fibroso, a livello dell'ombelico, stenosando nel suo tragitto un'ansa ileale sottostante. Si procede alla resezione a cuneo del diverticolo e al ripristino della continuità intestinale mediante sutura trasversale. L'esame istologico del pezzo asportato conferma trattarsi di DM, con la presenza, al fondo dello stesso, di mucosa con aspetto del tipo della mucosa gastrica.

Il decorso post-operatorio è stato regolare, con ripresa della canalizzazione in terza giornata e dimissione in sesta.

IL PROBLEMA

Il diverticolo di Meckel è la più comune anomalia congenita del piccolo intestino, manifestandosi con una frequenza del 4-6%. La storia clinica del DM dice che esso può essere asintomatico per tutta la vita, si può evidenziare casualmente nel corso di un intervento chirurgico addominale eseguito per altra patologia o può manifestarsi con una delle sue complicanze. È stato calcolato che il rischio di complicanze del DM è del 4,2%.

Le complicanze, in ordine di frequenza, sono: l'emorragia digestiva da mucosa gastrica eterotopica, l'occlusione intestinale (invaginazione o volvolo), la diverticolite, la fistola o il seno ombelicale. La diagnosi preoperatoria è spesso difficile anche se episodi antecedenti di crisi dolorose addominali, rettorragie pregresse o dolori periombelicali persistenti, possono indirizzare verso la diagnosi di DM. In caso di enterorragia acuta ed episodica, solitamente non accompagnata da dolore e segno della presenza di mucosa gastrica eterotopica all'interno del diverticolo, la scintigrafia con ^{99m}Tc pertechnetato è l'esame di scelta. La diagnosi differenziale preoperatoria va posta con la malrotazione, l'invaginazione o il volvolo intestinale.

Il contributo dimostra la difficoltà della diagnosi e ci fa riflettere sulla necessità di non sottovalutare mai la sintomatologia dolorosa addominale, soprattutto nel bambino piccolo che, non sapendosi esprimere in maniera adeguata, può allontanarci da una diagnosi che deve comunque essere tenuta presente.

In ogni caso la diagnosi di occlusione intestinale, da patologia organica, deve essere sospettata ogni qualvolta si manifesti improvvisamente dolore addominale, che sveglia il bam-

bino di notte, soprattutto quando il tutto si accompagna a vomito biliare.