

MeB – Pagine Elettroniche

Volume XII

Ottobre 2009

numero 8

CONTRIBUTI ORIGINALI - CASI CONTRIBUTIVI

Una diagnosi al telefono

Maria Giuseppa Scala¹, Marina Mayer²¹Medico-chirurgo, ²Pediatra di Famiglia, Napoli*A diagnosis on the phone***Key words:** Intussusception, abdominal pain, lethargy, case report**Abstract**

We report the case of a 3-year-old male who presented, during viral gastroenteritis epidemic peak, with vomiting and abdominal pain. He had no fever or diarrhoea. His mother told us that her son was lethargic and he had abdominal pain crises. We sent the patient to the emergency unit where he underwent ultrasound that revealed the diagnosis of intestinal intussusception. He was operated on immediately.

Indirizzo per corrispondenza: mayer.marina@libero.it

SUMMARY

RIASSUNTO

Descriviamo il caso di un bimbo di tre anni che presenta, durante il **picco epidemico di gastroenterite virale, vomito e dolori addominali**. Il piccolo non ha febbre né diarrea. La mamma ci riferisce che appare abbattuto e lamenta dolori addominali a poussée. Inviamo il piccolo al pronto soccorso dove un eco addome svela la diagnosi: invaginazione intestinale. Il bimbo viene prontamente operato.

CASO CLINICO

Un pomeriggio di metà dicembre squilla il cellulare: “Dottoressa L. non la smette più di vomitare e accusa forti dolori addominali”. L. è un bel bambino di 3 anni e 4 mesi con una storia di infezioni respiratorie ricorrenti. Siamo in piena epidemia di gastroenterite virale per cui diamo alla madre le solite “dritte” sulla gestione dell’infezione e le consigliamo di monitorare l’evoluzione della sintomatologia. Passano le ore ma la situazione non migliora, continuano le crisi dolorose, intervallate da periodi di benessere, il bambino è abbattuto; si manifesta un unico episodio di vomito a getto dopo l’assunzione di una piccola quantità di cibo. Il piccolo non ha diarrea e febbre. La mamma ci mette al corrente dell’evoluzione della sintomatologia e, alla luce dei nuovi elementi acquistati, l’ipotesi di una gastroenterite ci appare sempre meno probabile e, a questo punto, consigliamo di effettuare al più presto un’eco addome.

Il piccolo viene condotto al pronto soccorso; è abbattuto e sofferente. All’esame obiettivo l’addome è trattabile e non vengono rilevati ulteriori elementi dirimenti ai fini diagnostici.

I medici decidono di ricoverarlo ed effettuano l’ecografia dell’addome. Tale esame risulterà decisivo per la risoluzione del caso di L....

Infatti l’ecografia addominale mostra: a livello della valvola ileo-cecale immagine a bersaglio con bordi ipoecogeni e nucleo centrale iperecogeno (Figura 1). Tale reperto è patognomico di invaginazione intestinale¹⁻².

Posta la diagnosi di invaginazione intestinale ileo-cecale il piccolo viene sottoposto, dopo tentativo di riduzione incruenta dell’invaginato, a intervento chirurgico. L’intervento in laparotomia ha permesso di escludere la maggior parte delle cause di invaginazione secondaria che, nella fascia d’età del nostro piccolino, si verifica con maggior frequenza rispetto alla forma idiopatica.

Tramite la visualizzazione diretta dell’ansa invaginata e dell’invaginato sono state scartate cause di invaginazione secondaria:

- anatomiche: diverticolo di Meckel, duplicazioni intestinali;
- vascolari: vasculite dei piccoli vasi;
- meccaniche: neoformazioni benigne e maligne.

DISCUSSIONE

Si verifica **invaginazione intestinale** quando un segmento prossimale dell’intestino va a inserirsi, come per scivolamento, nel tratto intestinale distale.

L’invaginazione intestinale è la prima causa di ostruzione intestinale tra il 3° mese e i 6 anni di vita, molto alta dopo i 3 mesi mentre decresce dopo i 36 mesi (più dell’80% dei casi si verifica sotto i 2 anni)³. L’incidenza di tale condizione oscilla da 1 a 4 per 1000 nati vivi. Il rapporto maschio - femmina è di 4:1. Tale affezione presenta un picco stagionale: Primavera - Autunno, correlato con infezione da adeno-virus tipo 40/41.

Nei casi in cui non si riconosce alcuna causa apparente (90-92%) si parla di invaginazione idiopatica. I casi di invaginazione secondaria (8-10%) sono dovuti a cause anatomiche (diverticolo di Meckel, polipi, duplicazioni intestinali) o a malattie sistemiche (porpora di Schonlein-Henoch, fibrosi cistica, tumori).

Se il paziente affetto viene trattato entro 24 ore la mortalità è pressoché nulla; in assenza di trattamento l’exitus sopraggiunge entro 2-5 giorni.

Il quadro clinico della patologia è caratterizzato da:

- Dolore parossistico a crisi in un bambino prima sano. Tra le crisi il bimbo sta bene. Col passare del tempo il piccolo diviene stanco e letargico;
- Vomito prima alimentare poi biliare;
- Feci a gelatina di ribes patognomoniche ma solitamente tardive;
- Massa addominale palpabile nel quadrante addominale superiore destro
- La classica triade sintomatologica costituita da: dolore addominale di tipo colico, vomito e feci a gelatina di ribes è presente solo nel 21% dei casi.

Questo caso ci ha insegnato che:

- Non bisogna mai ridurre il livello d'ascolto. L'ennesima telefonata in periodo epidemico in cui una mamma ci riferisce che suo figlio accusa mal di pancia e vomita ripetutamente poteva esser rapidamente archiviata dando i soliti consigli per la cura della gastroenterite; ma, ascoltando bene le parole della madre, e, seguendo l'evoluzione dei sintomi, ulteriori dati ci fanno insospettire. Il dolore del piccolo è a crisi, negli intervalli tra le crisi dolorose il bambino è abbattuto, non è presente febbre né diarrea.
- Una diagnosi improbabile non è impossibile. Il nostro piccolo paziente ha 3 anni e 4 mesi, più dell'80% dei casi di invaginazione intestinale avviene prima dei 2 anni d'età.
- Purtroppo non sempre le patologie si estrinsecano con i loro quadri patognomoniche. Nel nostro caso, per esempio, la consulenza chirurgica aveva escluso la presenza di adome acuto, all'esame obiettivo non è stato possibile palpare nel quadrante addominale superiore destro una massa a salsicciotto (caratteristica dell'invaginazione ileo-colica), non è stata rilevata all'esplorazione rettale la presenza di sangue nell'ampolla rettale né tantomeno sono comparse le famose feci a gelatina di ribes.

Figura 1. Ecografia dell'addome: tipica immagine a coccarda segno di invaginazione. L'ansa invaginata avvolge l'ansa invaginata.

BIBLIOGRAFIA

- Weinberg E, Winters W. Intussusception in children: the role of sonography. *Radiology* 1992;184:601.
- Byrne AT, Geoghegan T, Govender P, Lyburn ID, Colhoun E, Torreggiani WC. The imaging of intussusception. *Clin Radiol* 2005;60:39-46.
- Richard E., Md. Behrman (Editor), Hal B., Md. Jenson. By W B Saunders: Nelson Textbook of Pediatrics 17th edition, May 2003, pag. 1242-1243.