

MeB – Pagine Elettroniche

Volume XIII

Giugno 2010

numero 6

CASI INDIMENTICABILI

Milza contorsionista

Giorgio Cozzi, Massimo Maschio, Egidio Barbi

Clinica Pediatrica, SOC Pronto Soccorso, IRCCS “Burlo Garofolo”, Trieste

J. è una bambina di 8 anni, che viene portata in pronto soccorso per la comparsa dalla sera precedente di diversi episodi di vomito e da due giorni di un dolore addominale diffuso intermittente. La bambina non presenta febbre e non ha presentato scariche diarroidiche. All'esame obiettivo riscontriamo una massa palpabile in ipocondrio sinistro, compatibile con una milza aumentata di volume, ma leggermente destro-posta. Per il resto l'esame obiettivo risulta negativo, in particolare senza presenza di epatomegalia o di linfonodi palpabili. Inizialmente eseguiamo una serie di esami ematochimici di primo livello per indagare le eventuali cause di splenomegalia (emocromo, reticolociti, VES, PCR, LDH, bilirubina, transaminasi, gGT, immunoglobuline, fosfatasi acida). La mamma della bambina poi ci riferisce che i dolori addominali sono iniziati dopo una sessione di allenamento di tuffi dal trampolino da 3 metri; sport che la bambina ha iniziato a praticare da qualche mese. Per escludere una rottura di milza eseguiamo una ecografia dell'addome che conferma la presenza di una splenomegalia importante (diametro longitudinale di 14,5cm) e inoltre rivela la presenza di una piccola falda di liquido nello scavo del Douglas. I risultati degli esami ematici eseguiti risultano nella norma, in particolare l'emoglobina è buona (Hb 12,7g/dl), perciò in accordo con il chirurgo chiamato in consulenza decidiamo di tenere la bambina in osservazione temporanea per monitorarne le condizioni cliniche e per controllare l'andamento dei livelli di Hb. Nei successivi controlli la milza, aumentata di volume, risulta sempre ben palpabile in ipocondrio sinistro. La tratteggiamo con un pennarello. La bambina a ogni visita accusa forti dolori addominali, trovando sollievo se si gira e riposa sul fianco destro. Nel frattempo arriva la sera e la bambina si addormenta. Durante la notte la piccola si sveglia diverse volte accusando dolori addominali, ma gli esami ematici ripetuti risultano sempre nei limiti della norma. La mattina seguente all'esame obiettivo la sorpresa: In ipocondrio sinistro non è più palpabile la milza, tanto che le mani affondano bene in addome all'interno dei margini tratteggiati con il pennarello, mentre si palpa una massa in sede sotto-epatica in ipocondrio destro. Sospettiamo perciò la presenza di una *wandering spleen*. La *wandering spleen* è una rara condizione causata da un'eccessiva lunghezza del peduncolo vascolare e/o da una lassità o cedimento dei legamenti che tengono in sede la milza, che ne comporta la discesa in addome, alle volte addirittura nella pelvi, con rischio di torsione del peduncolo e conseguente infarto splenico. Eseguiamo una seconda ecografia che conferma lo spostamento a livello

centro-addominale della milza. Mentre stiamo per eseguire una TAC con mezzo di contrasto per visualizzare l'organo in tutte le sue parti, la bambina accusa una grave crisi di dolore addominale tanto da imporci di sedarla per concludere l'esame. La TAC visualizza una milza molto aumentata di volume di aspetto omogeneo in sede centro addominale con una torsione del peduncolo vascolare, probabilmente avvenuta sotto i nostri occhi. La bambina viene condotta in sala operatoria. I chirurghi si trovano di fronte a una doppia torsione del peduncolo vascolare della milza che risulta estremamente lungo e tortuoso e a una porzione della milza stessa che risulta infartuata. Nell'impossibilità di un riposizionamento in sede dell'organo viene eseguita una splenectomia totale. La bambina si è ripresa bene dall'intervento ed è stata dimessa senza complicazioni. Non possiamo escludere che il praticare tuffi dal trampolino come sport abbia contribuito in questo caso, alla insorgenza della *wandering spleen*.