

MeB – Pagine Elettroniche

Volume XV

Febbraio 2012

numero 2

CASI INDIMENTICABILI

Magnetisimi

E. Mazzoni, A. Lambertini

UO di Pediatria, Ospedale Maggiore, Bologna

M., 11 anni, giunge alla nostra osservazione un sabato pomeriggio di febbraio per dolore addominale, vomito e alcune scariche diarroiche. La sintomatologia era comparsa qualche ora prima, all'anamnesi nulla da segnalare.

All'arrivo in Pronto Soccorso è in buone condizioni cliniche generali, seppure molto addolorato; nel corso del pomeriggio ha presentato alcuni episodi di vomito e due scariche di feci semiliquide. All'esame obiettivo le mucose sono ben idratate, l'addome è teso, ma trattabile. Viene eseguito prelievo ematico che mostra leucocitosi neutrofila (GB 16.560/mm³; N 88,8%) e lieve aumento degli indici di flogosi (PCR= 2,03 mg/dl). L'ecografia addominale non rileva anomalie, l'appendice non viene visualizzata per la presenza di abbondante meteorismo intestinale. Viene quindi posizionato un accesso venoso periferico con infusione di soluzione glucosalina e il

bimbo viene ricoverato in osservazione breve e posto in terapia antibiotica con ampicillina+sulbactam. Durante la notte presenta altri 3 episodi di vomito, poi riposa tranquillo.

Nella mattinata successiva si ha un peggioramento del quadro clinico addominale con persistenza del vomito, divenuto biliare, addome globoso, teso, difficilmente trattabile. Il chirurgo, chiamato in consulenza nel sospetto di appendicopatia, consiglia posizionamento di sonda rettale per detendere l'addome, e ripetizione degli esami ematici, che risultano invariati rispetto alla sera precedente.

M. viene mantenuto a digiuno e, per il peggioramento del quadro addominale e la persistenza di vomito, viene ripetuta eco addome che mostra marcata distensione delle anse del tenue, con presenza di quota fluida endoperitoneale, ed Rx diretta addome che mostra un quadro di occlusione intestinale con livelli idroaerei e, in fossa iliaca destra, la presenza di un'immagine "a bastoncino", duplice, della lunghezza totale di 5 cm, a densità metallica (*Figura 1*). Al bambino e ai genitori viene quindi ripetuta l'anamnesi, con domande accurate sull'eventuale ingestione di corpi estranei nei giorni immediatamente precedenti la sintomatologia. Ma M. nega!

Nel frattempo viene comunque attivata la sala operatoria per un intervento in urgenza.

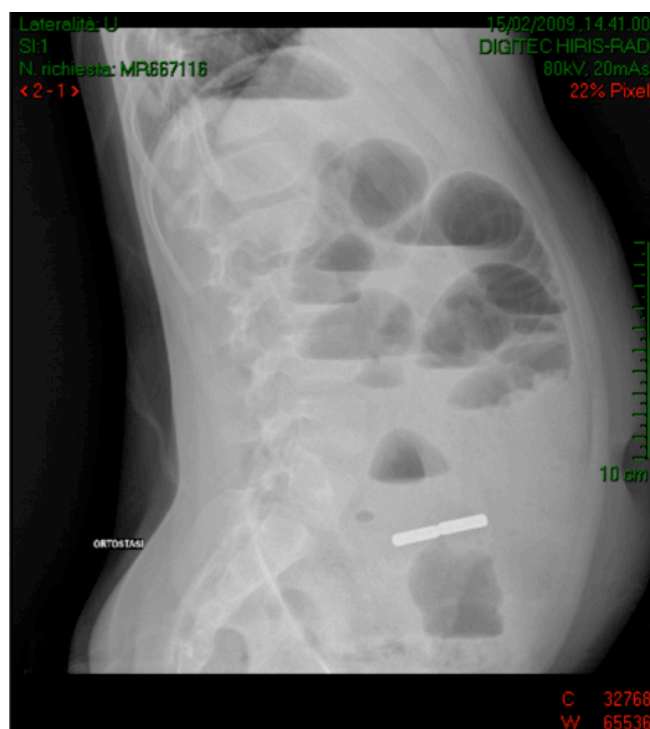


Figura 1

All'apertura del peritoneo si assiste alla fuoriuscita di abbondante materiale corpuscolato. Le anse ileali sono ectasiche ed edematose, con presenza di due piccole aree di perforazione, in corrispondenza dei due corpi estranei. Attraverso il lume appendicolare viene poi estratto un corpo estraneo cilindrico, magnetico, che attira lo strumento chirurgico. Viene inoltre

resecata una tenace briglia occludente, verosimilmente congenita, a valle delle anse ectasiche. L'Rx addome di controllo mostra poi la presenza di un altro corpo estraneo metallico, analogo a quello rimosso in sala operatoria, proiettantesi sul sacro, che viene poi espulso spontaneamente in 10° giornata post-operatoria (*Figura 2*).

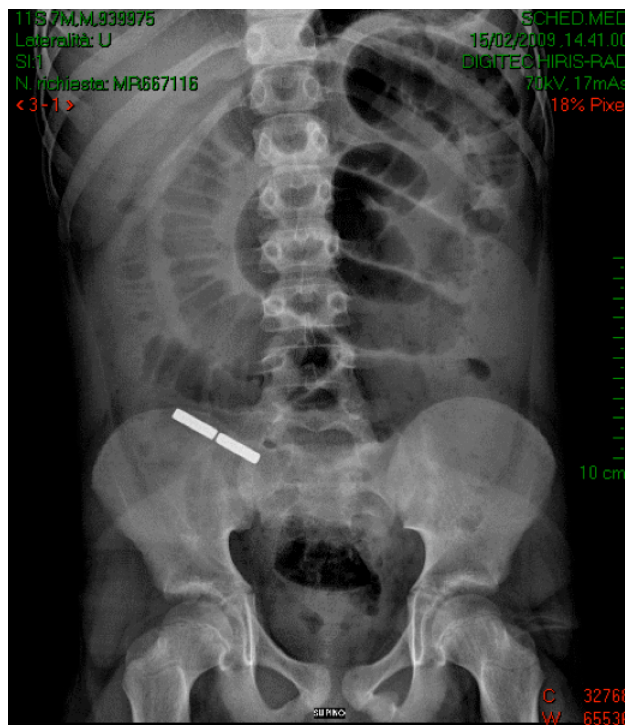


Figura 2

A M., al ritorno dalla terapia intensiva, dove è rimasto ricoverato nel postoperatorio per una complicanza, vengono mostrati i due corpi estranei, che risultano essere due pezzetti di GeoMag, un gioco di costruzioni fatto di piccole stanghette fortemente magnetizzate e sfere metalliche e...finalmente

confessa di averli mangiati circa 1 settimana prima, ma di non averlo riferito né ai genitori né ai medici per paura di essere sgridato!

La moralemai fidarsi dell'anamnesi, anche se fatta da più medici e anche se ripetuta!

