

MeB – Pagine Elettroniche

Volume XVI

Aprile 2013

numero 4

CASI INDIMENTICABILI

Un vomitatore felice... ma non troppo!

Marta Minute, Elena Rossetto

*Clinica Pediatrica, IRCCS Materno-Infantile "Burlo Garofolo",
Trieste*

Alessandro viene in ambulatorio di Allergologia a sei mesi di vita, perché vomita un po'. È un bellissimo bimbo, sorridente, con una buona crescita e una storia clinica sostanzialmente muta ad eccezione di saltuari episodi di vomito che sono iniziati attorno al terzo mese di vita, quando era in allattamento materno. I vomiti del piccolo sono saltuari (all'incirca un episodio ogni settimana), sempre alimentari ma non correlati ai pasti e generalmente si associano a un quadro di malessere più diffuso: il bimbo è sudato, pallido, visibilmente sofferente. Viene visto più volte nella sua città e, una volta esclusa con un'ecografia la stenosi ipertrofica del piloro, la diagnosi che lo accompagna è quella di intolleranza ritardata alle proteine del latte vaccino. Di fatto, però, Alessandro resta sempre uguale, anche quando la mamma viene messa a dieta, anche quando il latte della mamma viene sospeso e sostituito con un idrolisato. Appare chiaro che l'allergia non possa c'entrare nulla, ma il bimbo è così bello, è cresciuto così bene e forse sta pure andando meglio che viene difficile pensare che possa essere qualcosa di più che un "happy spitter": lo lasciamo tornare a casa, ovviamente a dieta libera, ma con l'indicazione di tornare al volo se gli episodi dovessero ripetersi perché, in fondo, proprio *happy* non lo è sempre stato. Detto? Fatto! Dopo meno di due settimane, i genitori ci ricontattano: Alessandro ha ricominciato a vomitare. Viene ricoverato in Clinica, sempre bello, sempre ben cresciuto, ed esegue una serie di accertamenti. L'ecografia dell'addome non evidenzia nulla, ma il pasto baritato è inequivocabile: il duodeno presenta una evidente decorso spiraliforme, ed è del tutto posto a destra della linea mediana. Esegue subito dopo anche un clisma opaco che evidenzia come invece il colon sia localizzato completamente a sinistra. La diagnosi è automatica: si tratta di una malrotazione intestinale, per cui la terapia non può che essere chirurgica. In attesa dell'intervento, il cui scopo è essenzialmente quello di fissare l'intestino alla parete in modo da prevenire complicanze successive, il piccolo esegue anche un ecocardio per escludere malformazioni cardiache che possono essere associate al quadro di malrotazione nel 25% dei casi. Alessandro viene operato due settimane dopo la diagnosi e a sei mesi di distanza dall'intervento sta bene, senza alcun tipo di problema. La **malrotazione intestinale** è una alterazione della rotazione dell'intestino nel corso dell'embriogenesi, ha un'incidenza pari a circa 1/600 nati. Può avere una presentazione clinica molto variabile, da quadri sfumati come quello di Alessandro, a quadri estremamente acuti con occlusione intestinale e vomito biliare, secondari allo strozzamento da parte delle briglie di Ladd o al volvolo delle anse.

La diagnosi radiologica richiede l'indagine contrastografica del tratto digerente superiore, ma di fatto possono esserci falsi negativi, per cui l'unica conferma si ha al momento dell'intervento chirurgico che è comunque la terapia necessaria per prevenire ulteriori complicazioni.