

I POSTER DEGLI SPECIALIZZANDI (2° parte)

PARMAPEDIATRIA2023

Acuto e con vomito... chiama il radiologo!

Francesca Burlo

Università degli Studi di Trieste

Caso clinico

Gaia è una bambina di 10 anni che giunge in Pronto Soccorso per la comparsa da circa un'ora di dolore addominale e vomito. È un weekend di gennaio e, oltre a lei, ci sono molti altri bambini con sintomi da virali, sia respiratoria sia gastrointestinale, per cui sospettiamo che Gaia sia "una dei tanti". Alla visita però Gaia ci racconta che il dolore è esordito improvvisamente, localizzato in fossa iliaca sinistra, e che in un'ora ha già vomitato quattro volte. In quella stessa mattina aveva evacuato una sola volta feci un po' più morbide del solito. Gaia ha una pubertà avviata, ma non ha ancora avuto il menarca. Alla visita ha un aspetto molto sofferente, l'addome è trattabile, ma dolente e dolorabile in fossa iliaca sinistra, con Blumberg debolmente positivo. Pur potendo ancora rientrare in un quadro di gastroenterite all'esordio, la comparsa acuta del dolore, il tipo di localizzazione e i vomiti ci inducono a richiedere degli esami ematici e un'ecografia dell'addome nel sospetto di una torsione ovarica. Gli esami ematici (comprensivi di emocromo, creatinina, AST, ALT, GGT, bilirubina, LDH, PCR, VES, elettroliti e coagulazione) sono tutti nella norma. All'ecografia si nota un annesso di sinistra di dimensioni aumentate (circa 5 cm), con una componente prevalentemente omogenea ed ipoecogena di circa 4 cm e una porzione di annesso più periferico con settature, senza una franca vascolarizzazione al color-doppler. Tale reperto è suggestivo di cisti annessiale sinistra complicata, per cui inviamo la bambina in visita chirurgica, che conferma il nostro sospetto. Gaia viene portata in sala operatoria e sottoposta a laparoscopia esplorativa: si esclude la presenza di una torsione ovarica, ma si nota la presenza di una voluminosa cisti ovarica emorragica rotta, che viene enucleata ed inviata per l'esame istologico. L'esame istologico confermerà la presenza di due frammenti di corpo luteo emorragico e i markers tumorali (CEA, alfa fetoproteina, CA 19-9, CA 125 e beta HCG) risulteranno negativi.

Discussione

Le lesioni ovariche nelle pazienti in età pediatrica possono presentarsi in maniera improvvisa con dolore addominale o essere riscontrate accidentalmente durante un'ecografia [1]. Un esordio acuto di dolore addominale in una bambina, soprattutto se associato a vomito, deve far sospettare una torsione ovarica che va quindi tempestivamente indagata [1,2]. La torsione ovarica è spesso preceduta da un aumento delle dimensioni dell'ovaio per la presenza di lesioni che ne favoriscono la torsione e l'ischemia, quali le cisti (benigne, emorragiche, follicolari, paratubariche) [1]. Una cisti ovarica emorragica può rompersi e rilasciare il contenuto nel peritoneo e spesso richiede il ricorso alla chirurgia [3,4]. In letteratura sono descritti pochi casi di rottura di cisti ovarica emorragica in bambine o giovani donne, spesso complicanza, come nel caso di Gaia, di una cisti del corpo luteo

dominale o pelvico, a esordio acuto e associato a vomito, in una bambina, si deve sempre sospettare una patologia di pertinenza ovarica, come una torsione o una cisti complicata, per cui va richiesta in urgenza un'ecografia dell'addome.

Bibliografia

1. Fiegel HC, Gfroerer S, Theilen TM, et al. Ovarian lesions and tumors in infants and older children. *Innov Surg Sci*. 2021;6(4):173-179. doi: 10.1515/iss-2021-0006.
2. Qazi SH, Jeelani SM, Dogar SA, et al. Approaches to the management of pediatric ovarian masses in the 21st century: Systematic review and meta-analysis. *J Pediatr Surg* 2020;55(3):357-368. doi: 10.1016/j.jpedsurg.2019.09.003.
3. Mobeen S, Apostol R. Ovarian Cyst. [Updated 2022 Jun 13]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560541/>
4. Mantecon O, George A, DeGeorge C, et al. A Case of Hemorrhagic Ovarian Cyst Rupture Necessitating Surgical Intervention. *Cureus* 2022;14(9):e29350. doi: 10.7759/cureus.29350.

Per corrispondenza

francesca.burlo@gmail.com

Non ho l'età

Marco Persoglia

Università degli Studi di Trieste

Caso clinico

Lorenzo è un ragazzo di 12 anni giunto in Pronto Soccorso per torcicollo da due giorni e per odinofagia e febbre da un giorno. Su indicazione del Curante era in terapia dalla sera precedente con Amoxicillina-Acido Clavulanico e Ibuprofene, con lieve miglioramento dei sintomi. Alla visita il ragazzo era in discrete condizioni generali, eupnoico e apiretico. Colpiva, però, la deviazione del capo verso sinistra. Il collo era limitato nei movimenti, in particolare all'estensione e all'ispezione del cavo orale appariva evidente l'asimmetria tonsillare, già segnalata a una visita precedente. Gli esami ematochimici mostravano leucocitosi neutrofila con indici di flogosi aumentati. Nel sospetto di ascesso retrofaringeo veniva richiesta una visita otorinolaringoiatrica. La fibroscopia, però, rilevava solo secrezioni mucopurulente in faringe senza il classico bulging a livello del retrofaringe. Per escludere una sindrome di Grisel è stata eseguita una radiografia del rachide cervicale, risultata nella norma. Nonostante l'età non fosse quella tipica dell'ascesso retrofaringeo, la clinica era altamente suggestiva e per tale motivo sono state richieste una TC del collo con mezzo di contrasto che confermava il sospetto diagnostico, in particolare le dimensioni dell'ascesso erano di 2 x 2 x 3.5 cm, e una radiografia del torace che negava un coinvolgimento mediastinico. Dal momento che Lorenzo non presentava compromissione respiratoria veniva avviata terapia con Ampicillina-Sulbactam. Dato che dopo 2 giorni il ragazzo aveva ancora torcicollo è stata ripetuta la TC che ha evidenziato una modesta riduzione delle dimensioni dell'ascesso (1.7 x 1.5 x 3.2 cm), che è

stato poi drenato in sala operatoria.

Discussione

La peculiarità del caso sta nell'età del paziente. L'ascesso retrofaringeo, infatti, interessa solitamente i bambini con meno di 5 anni, a causa della presenza di tanti piccoli linfonodi faringei che solitamente si atrofizzano a partire dai 4 anni e la patogenesi è da ascrivere ad un'infezione delle alte vie respiratorie [1]. Seppur raramente, l'ascesso retrofaringeo si può presentare anche negli adolescenti e negli adulti, solitamente in seguito ad un trauma faringeo o all'ingestione di un corpo estraneo [2]. Per quanto riguarda la presentazione clinica, il reperto più caratteristico è la limitazione nei movimenti del collo, soprattutto l'estensione, sono comuni pure l'odinofagia e la febbre, mentre il distress respiratorio e lo stridore vengono raramente riscontrati. Per ciò che concerne la diagnosi, l'esame fibroscopico identifica una protuberanza a livello della parete faringea posteriore solo nella metà dei casi [3], mentre la TC del collo con mezzo di contrasto è il gold standard diagnostico, la cui sensibilità varia in letteratura dal 64% al 100% [2]. Il trattamento viene scelto in base alla presentazione clinica e alla dimensione dell'ascesso. Il drenaggio chirurgico è indicato in caso di compromissione respiratoria o se l'ascesso misura più di 2.5 cm², viceversa è consigliato il trattamento empirico con Ampicillina-Sulbactam o Clindamicina per via endovenosa. Nel caso persistessero i sintomi dopo 24-48 ore dall'avvio della terapia antibiotica, bisogna ripetere la TC del collo ed eventualmente drenare l'ascesso in sala operatoria. Da questo caso ho imparato che se il sospetto clinico di ascesso retrofaringeo è alto, l'età atipica e la mancata identificazione del bulging alla fibroscopia non devono essere dei deterrenti al richiedere la TC del collo.

Bibliografia

1. Akhavan M. Ear, Nose, Throat: Beyond Pharyngitis: Retropharyngeal Abscess, Peritonsillar Abscess, Epiglottitis, Bacterial Tracheitis, and Postoperative Tonsillectomy. *Emerg Med Clin North Am.* 2021 Aug;39(3):661-675.
2. Jain H, Knorr TL, Sinha V. Retropharyngeal Abscess. 2022 Nov 8. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan.
3. Conte M, Vinci F, Muzzi E, et al. Magnetic resonance imaging accuracy before surgery in children with retropharyngeal abscesses. *J Paediatr Child Health.* 2022 Mar;58(3):504-507.

Per corrispondenza

marcopersoglia@gmail.com

Se la pancia fa male, dai uno sguardo più craniale

Ilaria Bassoli¹, Luca Barchi¹, Andrea Trombetta², Federico Bonvincini², Diego Biondini³, Lorenzo Iughetti^{1,3}, Alessandro De Fanti²

1. Scuola di Specializzazione in Pediatria, Università di Modena e Reggio Emilia.
2. SOC di Pediatria, Dipartimento Materno-Infantile, Azienda USL-IRCCS di Reggio Emilia, Reggio Emilia
3. Unità Operativa di Pediatria, Dipartimento Materno-infantile, AOU Policlinico di Modena

Un ragazzo di 13 anni giungeva in Accettazione Pediatrica la-

mentando dolore addominale crampiforme e vomiti da 3 giorni in apiressia. Alvo chiuso a feci da 4 giorni. Anamnesi patologica remota muta per patologie di rilievo. Il ragazzo presentava parametri vitali stabili, all'esame obiettivo appariva abbattuto, lievemente disidratato, con addome trattabile, ma diffusamente dolente. Si eseguiva pertanto clistere evacuativo, positivo per scarse feci normoconformate, e si iniziava idratazione endovenosa. Gli esami ematici risultavano nella norma, con indici di flogosi negativi. Per persistenza del dolore addominale e dei vomiti durante il periodo di osservazione intensiva, si eseguiva ecografia addome che evidenziava liquido libero e anse intestinali distese con appendice non visualizzabile. Nel dubbio di subocclusione intestinale si eseguiva inoltre RX addome che evidenziava l'erniazione di anse intestinali nell'emitorace di sinistra con ridotta ventilazione del polmone omolaterale (Figura 1).

Si eseguiva pertanto TC addome in vista dell'intervento chirurgico che evidenziava una voluminosa ernia diaframmatica anteriore con impegno al suo interno di parte del colon trasverso e della flessura splenica (Figure 2 e 3). Il ragazzo veniva pertanto trasferito presso la Chirurgia Pediatrica dove veniva prontamente sottoposto a intervento chirurgico laparoscopico di riparazione di ernia diaframmatica anteriore. Il decorso postoperatorio è stato regolare e il ragazzo è stato dimesso in quinta giornata di ricovero in benessere. Siamo davanti a un quadro di ernia diaframmatica a presentazione postnatale (EDP). La diagnosi successiva al periodo neonatale è rara, eccezionale in un adolescente come nel caso del nostro paziente [1,2]. La sintomatologia dell'EDP comprende in genere disturbi sia addominali (dolori, vomito, alvo chiuso) che respiratori (tosse, cianosi, dispnea), che possono presentarsi in maniera acuta in un bambino fino ad allora in benessere [3,4]. Il nostro paziente presentava tutti i tipici sintomi addominali in acuto ma non quelli respiratori. L'EDP si può manifestare in seguito a un aumento della pressione addominale o di una distensione intestinale [3,4]. Nel nostro caso clinico, ad approfondimento anamnestico, è emersa un'intensa

Figura 1. RX addome in bianco



Figura 2. TAC torace

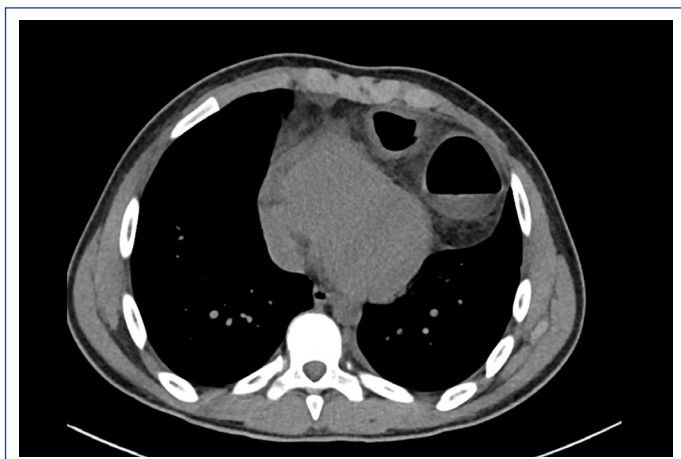


Figura 3. TAC addome



attività fisica nei giorni precedenti, che ha verosimilmente determinato un importante aumento della pressione addominale che potrebbe giustificare l'erniazione dei visceri addominali attraverso un'ernia preesistente di natura congenita o post-traumatica fino ad allora clinicamente silente. L'RX torace e addome è quasi sempre diagnostico perché evidenzia l'erniazione degli organi addominali (prevalentemente anse intestinali) in uno dei due emitoraci con ridotta ventilazione del polmone omolaterale. Si possono associare la deviazione del mediastino e la compressione del polmone controlaterale [3]. Davanti a un paziente di qualsiasi età con vomiti, dolore addominale e alvo chiuso eseguire RX addome per escludere un'occlusione o subocclusione intestinale. Per quanto rara, tenere a mente tra le cause di occlusione intestinale l'erniazione trans-diaframmatica dei visceri, che va sospettata soprattutto quando i sintomi addominali si associano a quelli respiratori.

Bibliografia

1. Baglaj M. Late-presenting congenital diaphragmatic hernia in children: a clinical spectrum. *Pediatr Surg Int.* 2004;20(9):658-69. doi: 10.1007/s00383-004-1269-5. Epub 2004 Sep 3. PMID: 15349741.
2. Don M, Sacher B, Ernia diaframmatica congenita: un problema non solo neonatale, *Medico e Bambino* 2006;27(11):631-641.
3. Chatterjee D, Ing RJ, Gien J. Update on Congenital Diaphragmatic Hernia. *Anesth Analg.* 2020;131(3):808-821. doi: 10.1213/ANE.0000000000004324. PMID: 31335403.
4. Giannotta A, Chiella E, Codrich D, et al. Ernia diaframmatica congenita: un caso di diagnosi tardiva. *Medico e Bambino pagine elettroniche* 2001;4(1)

Per corrispondenza

ilaria.bassoli94@gmail.com