

**UN MAL DI PANCIA DA... INFARTO!**

Valentina Dolcemascolo<sup>1</sup>, Michele Arigliani<sup>2</sup>, Eva Passone<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Scuola di Specializzazione in Pediatria, Università di Trieste

<sup>2</sup>Scuola di Specializzazione in Pediatria, Università di Udine

<sup>3</sup>Clinica Pediatrica, Azienda Ospedaliero-Universitaria SS MM, DPMSC, Udine

**Indirizzo per corrispondenza:** [vale.dolce@alice.it](mailto:vale.dolce@alice.it)

A., bambino di 3 anni, si presenta in PS pediatrico per dolore addominale ingravescente, localizzato ai quadranti inferiori di destra, insorto 24 ore prima, associato a febbre (TC massima di 39 °C) e a un episodio di vomito alimentare. Anamnesi patologica remota muta. Ha una PRS di 5/10, decubito indifferente e marcia antalgica. Prova del saltello positiva. L'addome è poco trattabile con resistenza di parete diffusa, Blumberg positivo, peristalsi torpida. La restante obiettività è regolare.

Agli esami ematici GB 29.520/mmc con N 84%, PCR 328 mg/l, lieve anemia normocitica (Hb 10,2 mg/dl, MCV 78 fl), funzione epatica, renale e pancreatica nella norma. Esame urine negativo. L'ecografia addome mostra un versamento peritoneale pluriconcamerato, non è riconoscibile alcuna porzione dell'intestino tenue e crasso. Milza, fegato, colecisti e reni appaiono indenni. Nel sospetto di peritonite a partenza appendicolare A. viene sottoposto a mini-laparotomia d'urgenza che documenta abbondante versamento peritoneale siero-ematico/ematico che viene drenato e grande omento congesto e infarcito di coaguli, in particolare in sede mesogastrica destra. L'appendice è indenne. L'omento infartuato viene asportato. L'istologia documenta tessuto fibroadiposo omentale sede di congestione vascolare, stravasi emorragici, aree di necrosi ischemica e liponecrosi in un quadro compatibile con infarto omentale. Il decorso post-operatorio è stato

regolare. Lo screening trombofilico eseguito ha permesso di escludere uno stato d'ipercoagulabilità.

L'infarto omentale è una causa rara di addome acuto che spesso simula l'appendicite. Si presenta con dolore addominale di solito ai quadranti di destra, associato o meno a sintomi gastrointestinali, febbre e rialzo degli indici di flogosi. Spesso c'è discrepanza tra la severità dell'obiettività addominale e le buone condizioni cliniche. L'eziologia rimane a oggi incerta. Può essere idiopatico, secondario a stati di ipercoagulabilità, pancreatiti, o dipendere da una torsione omentale, a sua volta spontanea o secondaria a ernie, cisti omentali o neoplasie. L'incidenza è maggiore negli adolescenti obesi.

Nel 90% dei casi l'infarto coinvolge il segmento omentale che circonda la componente distale dell'arteria epiploica di destra, giustificando la localizzazione del dolore in fossa iliaca destra. Nonostante i reperti ecografici e TAC possano essere suggestivi, la diagnosi è più frequentemente intraoperatoria.

L'infarto omentale è una condizione benigna, autolimitantesi in circa 2 settimane (lavori recenti mostrano buoni *outcome* con terapia conservativa) ma può complicarsi con ascesso intraddominale, occlusione intestinale e formazione di aderenze. Per questo motivo, a oggi, la resezione chirurgica del segmento omentale coinvolto resta ancora l'approccio più adottato.