MeB - Pagine Elettroniche

Volume XXII

Ottobre 2019

numero 8

I POSTER DEGLI SPECIALIZZANDI

UNA FAME DA MATTI

Alessandra Quagliarella

Clinica Pediatrica, Fondazione MBBM, Ospedale San Gerardo, Università Milano Bicocca, Monza

Indirizzo per corrispondenza: a.quagliarella@campus.unimib.it

Bambina di 15 mesi nata a termine da gravidanza normodecorsa. Alla nascita i parametri auxologici risultavano nella norma: peso 2,950 kg (50° percentile), lunghezza 49 cm (50° percentile), CC 34 cm (25° percentile). Allattata al seno per il primo mese, poi per ipogalattia materna ha iniziato latte di formula più volte modificato per scariche alvine.

Dal 2° mese deflessione della curva di crescita dal 25-50° percentile a < 3° percentile e dal 3° mese comparsa di saltuari episodi di vomito post prandiali.

È stata riferita al nostro Centro di Gastroenterologia dove sono stati eseguiti emocromo, dosaggio delle Ig, sangue occulto fecale, RAST per latte e frazioni, riso e soia, funzionalità tiroidea, esame urine, ecocardiogramma, ECG ed ecografia addome, risultati nella norma. A 4 mesi effettuato tentativo di svezzamento poi fallito, per cui è tornata ad alimentarsi con i pasti di latte. A 7 mesi, per l'intensificarsi degli episodi di vomito dopo i pasti e un ulteriore calo ponderale del 5%, è stata ricoverata. È stata impostata dieta con latte elementare e ha eseguito esami di approfondimento metabolico, elastasi fecale, screening parassitologico delle feci, screening immunologico, EGDS con ricerca di HP, test HIV, analisi genetica del gene CFTR e Rx transito intestinale per escludere una

malrotazione, risultati tutti negativi.

A 10 mesi sono state inserite le prime pappe con iniziale discreta adesione allo schema alimentare, ma dal mese successivo ha ripreso a vomitare e iniziato a rifiutare il cibo con rallentamento della crescita (peso 7,1 kg). All'età di 1 anno è stata ricoverata per un ulteriore calo ponderale, in seguito a vomito e restrizione idrica volontaria (peso 6,6 kg <<< 3° percentile); veniva quindi posizionato sondino nasogastrico ed eseguita valutazione genetica e RM encefalo, risultate nella norma. Escluse tutte le cause organiche, potrebbe trattarsi di un problema comportamentale? È stata quindi richiesta visita neuropsichiatrica infantile con diagnosi di **disturbo alimentare dell'infanzia** di origine non organica.

Conclusioni

I disturbi alimentari infantili sono una comune causa di scarso accrescimento. Nel nostro caso, presentava rifiuto del cibo, *failure to thrive* e sintomi somatici come il vomito in assenza di cause organiche. Nella diagnosi differenziale della scarsa crescita è importante pensare anche ai disturbi alimentari da avversione per il cibo (*food aversion*) per poter effettuare una diagnosi tempestiva e un trattamento precoce.