

I POSTER DEGLI SPECIALIZZANDI

UN PESO SULLO STOMACO... UN BEL GROVIGLIO DA SBROGLIARE!

Alessia Rizzo, Serena Arrigo, Paolo Gandullia, Ilaria Negro, Emanuela Piccotti,
Angela Calvi, Girolamo Mattioli, Arrigo Barabino

UO di Gastroenterologia, Dipartimento di Scienze Pediatriche, Istituto Giannina Gaslini, Genova

Indirizzo per corrispondenza: aleriz88@gmail.com

Giunge presso il nostro Pronto Soccorso una ragazza di 14 anni di origine ecuadoriana-tunisina, per dolore addominale, vomito e diarrea insorti da circa una settimana. Appare in condizioni discrete, febbrile, pallida, stato di idratazione sufficiente, addome trattabile, lievemente dolente e dolorabile alla palpazione soprattutto ai quadranti di destra.

Raccogliendo più approfonditamente l'anamnesi emerge una lunga storia, della durata di circa un anno, di epigastralgie ed episodi di vomito soprattutto postprandiali, per cui era già stata ricoverata, con riscontro di anemia sideropenica, indici di flogosi negativi, transglutaminasi e ricerca di antigeni fecali *Helicobacter pylori* negative. Iniziale risposta agli inibitori di pompa protonica. Successivo calo ponderale e diarrea, ricomparsa dei vomiti e delle epigastralgie. Dal punto di vista endocrinologico: menarca a 11 anni, cicli mestruali regolari, stadio puberale 4, altezza al 3° centile, peso al 10°. Dieta disordinata, riferito bruxismo. Nulla da segnalare in anamnesi familiare.

Nel frattempo perviene il risultato degli esami ematici... con evidenza di anemia sideropenica, ipoalbuminemia e incremento degli indici di flogosi. L'ecografia addome rileva in corrispondenza del mesogastrio-fianco destro una formazione (40 x 28 mm) tipo invaginazione con difficile individuazione dei segmenti coinvolti (colon? ileo? appendice?). La radiografia diretta addome è nella norma. Per la dubbio immagine ecografica avvia terapia antibiotica. La rivalutazione ecografica mostra: colon ispessito, multipli linfonodi mesenterici.

Considerato il quadro clinico e gli esami ematici e strumentali... l'ipotesi è quella di un malattia di Crohn. I risultati delle ricerche virali e batteriche su feci danno esito negativo. La situazione non migliora, e si decide di eseguire l'esofago-gastro-duodenoscopia... ma l'esame

viene limitato al piloro per riscontro di "enorme" **tricobezoario** che occupa tutto il lume gastrico!

Esegue, inoltre, una colonscopia retrograda con riscontro di unica ulcera ricoperta di fibrina a livello ileale. Segue rimozione chirurgica del tricobezoario (*Figura 1*), ed esame istologico risultato negativo per malattia di Crohn.

Alla valutazione neuropsichiatrica infantile emerge tricotillomania e associata tricofagia dall'età di 9 anni (con secondaria pregressa alopecia).

Ai controlli: risoluzione della sintomatologia, ripresa ponderale, normalizzazione degli esami ematici.



Figura 1. Tricobezoario.

Conclusione

Talvolta i tricobezoari possono presentarsi con segni e sintomi di dispepsia, malassorbimento, con conseguente anemia e ipo-proteinemia come da malattia infiammatoria cronica intestinale, in assenza del classico quadro di franca ostruzione intestinale!